

GEZONDHEIDSZORG

Monitor Generalistische Basis GGZ

Periode: jan 2011 – juni 2015

In opdracht van het Ministerie van VWS

December 2015

December 2015

Dit rapport is tot stand gekomen in samenwerking met Vektis.

Dit rapport is uitsluitend bestemd voor het Ministerie van VWS. Het is niet bedoeld voor andere partijen, buiten deze doelgroep, en het gebruik van dit rapport door andere partijen is dan ook voor eigen risico. KPMG aanvaardt geen aansprakelijkheid voor het gebruik van dit rapport anders dan waarvoor het is opgesteld en aanvaardt geen aansprakelijkheid jegens andere partijen dan het Ministerie van VWS.

De aard van de werkzaamheden houdt in dat wij geen accountantscontrole, beoordelingsopdracht of andere assuranceopdracht hebben uitgevoerd. Daarom kan aan onze rapportage geen zekerheid met betrekking tot de getrouwheid van financiële of andere informatie worden ontleend.

Samenvatting

Wat brengt de monitor Generalistische Basis GGZ in beeld

Vraag vanuit Ministerie VWS

Het opzetten van de 'Monitoring effecten generalistische basis GGZ' (verder: monitor) die zich richt op de volgende elementen:

- Een inventarisatie of de beoogde doelen van invoering van de GB-GGZ worden behaald;
- Het toetsen van de werkzaamheid van de POH-GGZ en GB-GGZ in de praktijk.

Methode

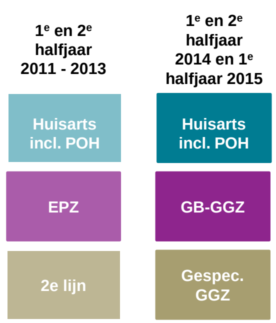
- Focus op drie regio's: Friesland, Utrecht en omstreken en Zuid-Limburg
- Kwantitatieve analyse op basis van Vektis data en data aangeleverd door zeven betrokken aanbieders
- Kwalitatief onderzoek in de vorm van focusgroepen en interviews

Invoering Generalistische Basis-GGZ

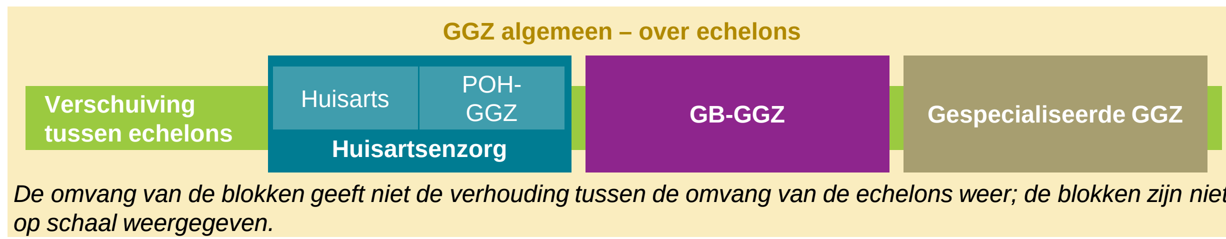
- Met de introductie van de Generalistische Basis GGZ (GB-GGZ) in januari 2014 zijn er nieuwe echelons ontstaan in de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ). Vóór 2014: Praktijkondersteuner Huisarts GGZ (POH-GGZ), Eerstelijns psychologische zorg (EPZ) en 2e lijn; na 2014: POH-GGZ, GB-GGZ en gespecialiseerde GGZ (zie ook figuur A.0 onderaan de pagina).
- De GB-GGZ heeft als doel om ervoor te zorgen dat patiënten GGZ-zorg tijdig en op de juiste plek krijgen (matched care) en niet onnodig in de gespecialiseerde GGZ terechtkomen of blijven. Met de invoering van deze maatregelen verwacht het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) dat er een verschuiving van patiënten (en daarmee gepaard budget) gaat optreden binnen de GGZ-keten van duurdere gespecialiseerde zorg naar goedkopere zorg dichter bij huis. Dit moet bijdragen aan een betaalbare, voor iedereen toegankelijke en kwalitatief hoogwaardige GGZ.
- De introductie van de GB-GGZ heeft effecten op de gehele GGZ keten: GB-GGZ, GGZ binnen de huisartsenzorg en gespecialiseerde GGZ.

Deze rapportage

- Deze opdracht voert KPMG Plexus uit in samenwerking met Vektis. In deze rapportage geven we een beeld over het eerste en tweede halfjaar van 2014 en het eerste halfjaar van 2015 in vergelijking met de jaren ervoor. De rapportage is gebaseerd op kwantitatieve data van Vektis en betrokken zorgaanbieders en op kwalitatieve data uit focusgroepen en interviews.
- De monitor brengt de ontwikkeling in de GGZ in kaart sinds de introductie van de GB-GGZ aan de hand van het raamwerk zoals in figuur A.1.
- Alle bevindingen hebben uitsluitend betrekking op drie deelnemende regio's en de betrokken aanbieders daarbinnen. De GB-GGZ is in januari 2014 ingevoerd. Het vergt tijd voordat veranderingen zijn doorgevoerd en resultaten van de invoering zichtbaar worden. <u>Op basis van deze rapportage kunnen dan ook geen algemene conclusies worden getrokken.</u> Het beeld ontwikkelt zich in de loop van de monitor verder en wordt steeds vollediger bij volgende rapportages.



Figuur A.0 Vorming van nieuwe echelons



Figuur A.1 Raamwerk voor de monitor

Samenvatting
Toegankelijkheid

De monitor

- *De monitor brengt de ontwikkeling sinds de introductie van de GB-GGZ in kaart, vanuit perspectieven van zorgaanbieders, patiënten en zorgverzekeraars.*
- *Jeugd-ggz is geen onderdeel van de rapportage. De jeugd-ggz valt sinds 2015 onder de Jeugdwet. Jeugd-ggz valt hierdoor niet langer onder verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars, maar van de gemeenten.*
- *Per 1 januari 2015 geldt dat de intramurale klinische behandeling tot 3 jaar onder de zorgverzekeringswet valt (LGGZ). Om de vergelijkbaarheid met eerdere periodes te behouden, wordt de LGGZ niet meegenomen in de monitor.*

Aantal patiënten

Eén van de doelen van de GB-GGZ is dat de toegankelijkheid gewaarborgd is. Toegankelijkheid wordt inzichtelijk gemaakt door het aantal patiënten in zorg.

- **POH-GGZ.** Het aantal patiënten bij de POH-GGZ ligt in 2014 hoger dan in voorafgaande jaren. Deze trend wordt in 2015 voortgezet; ook tussen het tweede halfjaar van 2014 en het eerste halfjaar van 2015 is een stijging in het aantal patiënten in zorg bij de POH-GGZ zichtbaar (met 2.490 naar 23.644 patiënten).
- **GB-GGZ.** Het aantal patiënten in de EPZ/ GB-GGZ is tussen 2011 en 2015 elk (half)jaar gestegen. In de GB-GGZ zijn in het eerste halfjaar van 2015 meer patiënten (5.664 patiënten) in zorg dan in de EPZ in 2013 (965 patiënten). Dit is conform verwachting, omdat een deel van de zorg vanuit de 2e lijn/ gespecialiseerde GGZ is gesubstitueerd naar de GB-GGZ. Tegelijkertijd kan er sprake zijn van een vertekend beeld, doordat de in dit onderzoek betrokken aanbieders relatief weinig EPZ boden.
- **Gespecialiseerde GGZ.** Het aantal patiënten in de gespecialiseerde GGZ in 2014 ligt lager dan in de 2e lijn in 2013. In het eerste halfjaar van 2015 zet deze dalende trend zich voort: er maken 1.395 patiënten minder gebruik van behandeling dan in het 2e halfjaar van 2014.
- **Overkoepelend beeld.** Het totaal aantal patiënten in de GB-GGZ én gespecialiseerde GGZ is in 2014 lager dan in de EPZ én 2e lijn samen in 2012 en in 2013. Deze dalende trend zet door in het eerste halfjaar van 2015.

  De afname in de gespecialiseerde GGZ en de toename in de GB-GGZ sluiten aan bij substitutiedoelstellingen, de bredere doelgroep die de GB-GGZ bedient en de toename van zorg die door de POH-GGZ wordt geleverd.

Aantal nieuwe patiënten

Toegankelijkheid wordt ook inzichtelijk gemaakt door: Het aantal nieuwe patiënten in zorg

- **POH-GGZ.** Het totaal aantal nieuwe patiënten bij de POH-GGZ is toegenomen sinds de invoering van de GB-GGZ. In het eerste halfjaar van 2015 komen ruim 17.000 nieuwe patiënten in zorg bij de POH-GGZ.
- **GB-GGZ.** Bij de GB-GGZ zijn relatief veel nieuwe patiënten, in vergelijking met het aantal nieuwe patiënten ten tijde van de EPZ. Dit kan een vertekening zijn, doordat de betrokken aanbieders relatief weinig EPZ boden. In het eerste halfjaar van 2015 stromen ruim 2.300 nieuwe patiënten in, in de GB-GGZ.
- **Gespecialiseerde GGZ.** Het aantal nieuwe patiënten in de gespecialiseerde GGZ ligt in het eerste halfjaar van 2015 (6.522 patiënten) lager dan in 2013 in de 2^{e} lijn (8.131 patiënten).

Samenvatting
Kwaliteit

Een ander doel van de GB-GGZ is dat de kwaliteit gewaarborgd is. Meer specifiek, dat patiënten GGZ-zorg tijdig en op de juiste plek krijgen (matched care).

Kwaliteit wordt inzichtelijk gemaakt door:

- Patiëntenstromen
- Verdeling van producten
- Wijzigingen van producten per patiënt

Patiëntenstromen

Eén van de doelen van de introductie van de GB-GGZ is om patiënten via een zo kort mogelijke weg op de goede plek in zorg te laten komen (matched care). Als een patiënt niet direct op de goede plek terecht komt, beweegt hij vaker tussen echelons dan een patiënt die wel direct op de goede plek terecht komt. Er zijn indicatoren ontwikkeld om de stroom van patiënten door het GGZ systeem te monitoren. Ook wordt er gekeken door wie patiënten worden verwezen naar de GB-GGZ of de gespecialiseerde GGZ.

- **POH-GGZ.** Er is gekeken naar het aantal patiënten dat vanuit de POH-GGZ via een ander echelon in de GB-GGZ of gespecialiseerde GGZ terecht is gekomen. Bij deze patiënten heeft geen matched care plaatsgevonden. Van het aantal patiënten dat minimaal één consult had bij de POH-GGZ in het eerste halfjaar van 2014, werd voor 1,8% van de patiënten binnen 365 dagen ook een product geopend in de GB-GGZ **én** een DBC in de gespecialiseerde GGZ. Dit is mogelijk een onderschatting, omdat voor de GB-GGZ en gespecialiseerde GGZ alleen zorg bekend is die geleverd is door de betrokken aanbieders.
- Er lijken verschillen te bestaan tussen wel/niet gedetacheerde POH's-GGZ bij de vraag van wie de instelling zijn verwijzingen krijgt. Instellingen krijgen meer verwijzingen van huisartsen bij wie zij een POH-GGZ hebben gedetacheerd, dan van huisartsen met een POH-GGZ, maar zonder detachering bij de betreffende aanbieder. Of het verschil in percentages marktaandeel een indicatie is voor een voorkeur voor de aanbieder waar vanuit de POH-GGZ gedetacheerd is, kan hieruit niet afgeleid worden: de gegevens van de andere dan betrokken aanbieders ontbreken nog, er is niet te constateren of de verwijsvoorkeur zonder gedetacheerde POH-GGZ anders zou zijn geweest (marktaandeel kan historisch al groot zijn, een gedetacheerde POH-GGZ kent het achterliggende veld goed) en ook bepaalt de patiënt uiteindelijk zelf naar welke aanbieder hij gaat.

Patiëntenstromen

- **GB-GGZ.** Er is gekeken naar het aantal patiënten dat na een product in de GB-GGZ zorg heeft ontvangen bij de POH-GGZ en vervolgens toch weer zorg heeft ontvangen in de GB-GGZ óf de gespecialiseerde GGZ. Van de patiënten voor wie in het eerste halfjaar van 2014 een product is gesloten ontving 1,4% van de patiënten binnen 365 dagen vervolgzorg via één van de volgende routes:
  1. POH-GGZ (minimaal 1 consult) – GB-GGZ
  2. POH GGZ (minimaal 1 consult) – Gespecialiseerde GGZ
- Zowel in het eerste als het tweede halfjaar van 2014, is 99% van de patiënten voor wie een product geopend is in de GB-GGZ verwezen door de huisarts. In het eerste halfjaar van 2015 is 97% van de patiënten in de GB-GGZ door de huisarts verwezen.

Samenvatting
Kwaliteit

Een ander doel van de GB-GGZ is dat de kwaliteit gewaarborgd is. Meer specifiek, dat patiënten GGZ-zorg tijdig en op de juiste plek krijgen (matched care).

Kwaliteit wordt inzichtelijk gemaakt door:

- Patiëntenstromen
- Verdeling van producten
- Wijzigingen van producten per patiënt

*Sinds januari 2015 wordt het voormalige product "Transitie" omschreven als "onvolledig behandeltraject". In de rapportage is deze omschrijving overgenomen.

Patiëntenstromen

- **Gespecialiseerde GGZ.** Er is gekeken is naar het aantal patiënten dat ná gespecialiseerde GGZ zorg heeft ontvangen bij de POH-GGZ of de GB-GGZ, en of zij vervolgens toch weer zorg hebben ontvangen in de gespecialiseerde GGZ. Van de patiënten voor wie een DBC in de gespecialiseerde GGZ gesloten is in het eerste halfjaar van 2014, ontving 1,9% binnen 365 dagen vervolgzorg via één van de volgende routes:
  1. POH-GGZ (minimaal 1 consult) – GB-GGZ
  2. POH-GGZ (minimaal 1 consult) – gespecialiseerde GGZ
  3. GB-GGZ – gespecialiseerde GGZ.

De meerderheid van de patiënten (56%) voor wie een DBC is geopend in de gespecialiseerde GGZ in het tweede halfjaar van 2014, ontving in het voorgaande jaar ook zorg in de gespecialiseerde GGZ. Een gedeelte van de patiënten was in het voorgaande jaar niet in zorg bij de betrokken aanbieders (34%) en een klein deel ontving alleen zorg bij de POH-GGZ (5%). Bij de categorie 'niet in zorg' dient rekening gehouden te worden met een mogelijk vertekend beeld, doordat alleen zorg geleverd door de betrokken aanbieders bij ons bekend is.

Het grootste deel van de patiënten (tussen de 75 en 80%) wordt naar de gespecialiseerde GGZ verwezen door de huisartsen. De op één na grootste groep patiënten (ongeveer 20%) wordt naar de gespecialiseerde GGZ verwezen door de groep medisch specialisten.

Verdeling van producten en wijzigingen van producten

De onderstaande resultaten gaan specifiek in op de echelons GB-GGZ en de gespecialiseerde GGZ.

- **GB-GGZ.** Het product Intensief wordt relatief het meest ingezet door de betrokken aanbieders, gevolgd door Chronisch. Een vergelijking met het tweede halfjaar van 2014 en het eerste halfjaar van 2015 laat zien dat het aandeel van producten Kort en Onvolledig behandeltraject* kleiner wordt, en het aandeel producten Intensief en Chronisch toeneemt. Het product Kort wordt relatief gezien het vaakst gewijzigd (het product wordt anders afgesloten dan verwacht). 46% van de producten die verwacht Kort waren, zijn anders gesloten, waarbij de producten het vaakst als Onvolledig behandeltraject gesloten worden.
- Van de patiënten die in de GB-GGZ een product hadden, is bij afsluiting bij een klein deel van de producten als afsluitreden aangegeven dat de patiënt te licht dan wel te zwaar was. Dit is een indicatie voor het niet direct naar het juiste echelon doorverwijzen van de patiënt. Het merendeel betrof het product Onvolledig behandeltraject.
- De spreiding van het aantal minuten per product is het grootst voor de producten Chronisch. Mogelijk komt dit doordat er veel variatie zit in de doelgroep waarvoor dit type product ingezet wordt. Tussen het tweede halfjaar van 2014 en het eerste halfjaar van 2015 is er met name een verschil zichtbaar in de mediaan van het product Chronisch (615 minuten in het tweede halfjaar van 2014 en 300 minuten in het eerste halfjaar van 2015), dit verschil ontstaat mogelijk doordat een beperkt aantal producten (5%) gesloten is en producten met een overwegend korte behandelduur eerder gesloten worden.
- **S-GGZ.** Zowel het percentage patiënten met een DBC < 800 minuten als het percentage patiënten met een diagnostiek DBC ligt in het eerste halfjaar van 2015 (5,7%) lager dan in het tweede halfjaar van 2014.

Samenvatting
Betaalbaarheid

Een ander doel van de GB-GGZ is een verschuiving van patiënten (en daarmee gepaard budget) binnen de GGZ-keten van duurdere gespecialiseerde zorg naar goedkopere zorg dichter bij huis.

Betaalbaarheid wordt onder andere inzichtelijk gemaakt door:

- Behandelkosten (totaal en pp)
- Medicatiekosten (totaal en pp)
- Aantal minuten per product *(besproken onder verdeling van producten en wijzigingen van producten)*
- Aantal patiënten in elk echelon *(besproken onder aantal patiënten)*
- Verplaatsing van patiënten door het systeem *(besproken onder patiëntenstromen)*

Behandelkosten per patiënt

- **POH-GGZ.** In het eerste halfjaar van 2015 is voor het eerst een lichte daling (16 euro per patiënt) in de gemiddelde behandelkosten per patiënt zichtbaar. De gemiddelde behandelkosten per patiënt bij de POH-GGZ waren de afgelopen jaren gestegen. Dat was veroorzaakt doordat het aantal huisartsen met beschikking over een POH-GGZ (en daar een inschrijftarief voor declareert) harder steeg dan het aantal patiënten dat gebruik maakt van de POH-GGZ.
- **GB-GGZ.** Tussen het tweede halfjaar van 2014 en het eerste halfjaar van 2015 is een daling (70 euro per patiënt) in de gemiddelde behandelkosten zichtbaar. Bij patiënten met een GB-GGZ product liggen de gemiddelde behandelkosten wel hoger dan bij patiënten met een EPZ product. Dit kan verklaard worden doordat de populatie patiënten binnen de GB-GGZ gemiddeld genomen zwaarder is dan bij de EPZ, zowel door substitutie vanuit de gespecialiseerde GGZ, als door toename van zorgverlening door de POH-GGZ voor vooral lichtere patiëntengroepen. Een andere mogelijke verklaring is de veranderde tariefstructuur.
- **Gespecialiseerde GGZ.** De behandelkosten per patiënt binnen de gespecialiseerde GGZ liggen hoger dan voorheen in de 2^{e} lijn. Dit kan (deels) verklaard worden door de gemiddeld zwaardere doelgroep (door substitutie van patiënten van de voormalig 2^{e} lijn naar de GB-GGZ). Er is tevens een stijging (900 euro) in behandelkosten per patiënt zichtbaar tussen het tweede halfjaar van 2014 en het eerste halfjaar van 2015.

Totale behandelkosten

- **POH-GGZ**. In lijn met de hogere patiënten aantallen bij de POH-GGZ liggen ook de totale behandelkosten door de POH-GGZ in het eerste halfjaar van 2015 hoger (ongeveer 358 k) dan in het tweede halfjaar van 2014. Daarnaast zijn de totale kosten voor het inschrijftarief van de POH-GGZ tussen 2011 en 2014 gestegen. Dit kan mogelijk verklaard worden door een toename van het aantal POH's-GGZ en door een stijging van het inschrijftarief.
- **GB-GGZ.** De kosten in de GB-GGZ liggen hoger dan in eerdere jaren in de EPZ. De zwaardere doelgroep en toename van het aantal patiënten spelen hierbij een rol. Voor het eerste en tweede halfjaar van 2014 zijn de behandelkosten in de GB-GGZ vergelijkbaar. In het eerste halfjaar van 2015 nemen de totale behandelkosten toe met ongeveer 313 k.
- **Gespecialiseerde GGZ.** De totale behandelkosten voor de 2e lijns/ gespecialiseerde GGZ zijn in het eerste halfjaar van 2014 bij de betrokken aanbieders in de regio's licht gedaald ten opzichte van 2013. In het tweede halfjaar van 2014 lijken de kosten gestegen. Deze stijging zet zich voort tussen het tweede halfjaar van 2014 en het eerste halfjaar van 2015 (met ongeveer 9 mln euro). Mogelijke verklaringen zijn gestegen tarieven, toegenomen kosten door ambulantisering van klinische zorg en de extrapolatie van nog niet afgesloten DBC's.

Samenvatting
Betaalbaarheid

Een ander doel van de GB-GGZ is een verschuiving van patiënten (en daarmee gepaard budget) binnen de GGZ-keten van duurdere gespecialiseerde zorg naar goedkopere zorg dichter bij huis.

Betaalbaarheid wordt onder andere inzichtelijk gemaakt door:

- Behandelkosten (totaal en pp)
- Medicatiekosten (totaal en pp)
- Aantal minuten per product *(besproken onder verdeling van producten en wijzigingen van producten)*
- Aantal patiënten in elk echelon *(besproken onder aantal patiënten)*
- Verplaatsing van patiënten door het systeem *(besproken onder patiëntenstromen)*

Medicatiekosten

- **Overkoepelend beeld.** De totale medicatiekosten zijn in het eerste halfjaar 2015 afgenomen ten opzichte van het tweede halfjaar van 2014. De medicatiekosten van patiënten die behandeling ontvangen bij de POH-GGZ en in de GB-GGZ zijn toegenomen, maar de totale medicatiekosten nemen af door een sterkere daling van totale medicatiekosten voor patiënten die behandeling ontvangen binnen de gespecialiseerde GGZ.
- **POH-GGZ.** Tussen het tweede halfjaar van 2014 en het eerste halfjaar van 2015 blijven de medicatiekosten vrijwel gelijk. De trend is te verklaren door een stijging van het aantal patiënten bij de POH-GGZ en fluctuatie in de gemiddelde medicatiekosten per patiënt (eerst een stijging en daarna een daling). Het percentage patiënten met medicatie bij de POH-GGZ is stabiel (tussen de 24 en 25%).
- **GB-GGZ.** De totale medicatiekosten van de patiënten in de GB-GGZ zijn hoger dan bij patiënten met EPZ in 2013. Tussen het eerste halfjaar van 2014 en het eerste halfjaar van 2015 is een stijging zichtbaar in totale medicatiekosten (een afname van ongeveer 18 k). De resultaten zijn in lijn met het toegenomen aantal patiënten in GB-GGZ bij de betrokken aanbieders. Het percentage patiënten met medicatie is in de GB-GGZ hoger dan in de EPZ. De medicatiekosten per patiënt fluctueren over de verschillende meetperioden, maar zijn over het algemeen genomen in lijn met de medicatiekosten per patiënt in de EPZ.
- **Gespecialiseerde GGZ.** Bij de specialistische GGZ is een dalende trend in totale medicatiekosten zichtbaar. Hiervoor zijn meerdere verklaringen mogelijk. Zo neemt het absolute aantal patiënten dat medicatie ontvangt binnen de gespecialiseerde GGZ af. Daarnaast nemen de medicatiekosten per patiënt tussen het tweede halfjaar van 2014 en het eerste halfjaar van 2015, met ongeveer een half miljoen euro, sterk af.

Medicatiekosten (vervolg)

- De grootste kostenpost van medicatie in de regio wordt gevormd door patiënten die wel GGZ medicatie gebruiken, maar geen behandeling ontvangen bij één van de betrokken aanbieders of POH's GGZ in de regio. Deze groep patiënten ontvangt mogelijk wel behandeling bij andere aanbieders of bij de huisarts. De kosten van deze groep zijn in het eerste en tweede halfjaar van 2014 €6 miljoen (64% van totale medicatiekosten) en in het eerste halfjaar van 2015 €4,8 miljoen (63% van totale medicatiekosten).

Samenvatting
Werkzaamheid

De monitor geeft ook inzicht in de werkzaamheid van de POH GGZ, d.m.v.:

- Aantal huisartsen met POH-GGZ
- GGZ zorg geleverd door de huisarts
- GGZ zorg geleverd door de POH
- Verwijzing vanuit huisartsen met/zonder POH-GGZ (besproken onder patiëntenstromen POH-GGZ)

* Er zijn geen nieuwe data beschikbaar ten opzichte van de rapportage in juni 2015. Ter volledigheid zijn de resultaten van de rapportage juni 2015 opnieuw opgenomen in deze rapportage.

POH-GGZ in huisartsenpraktijk

- **Aantal POH-GGZ.** Het aantal huisartsen dat met een POH-GGZ werkt, is op landelijk niveau gestegen naar 81% in het eerste halfjaar van 2015.
- **Inzet huisarts.** Zoals in de rapportage van juni 2015 is getoond*, was er in de huisartsenpraktijk een constant beeld te zien van het percentage patiënten dat de huisarts heeft geraadpleegd voor psychische symptomen (bijvoorbeeld “angstig gevoel”), psychische stoornissen (bijvoorbeeld “angststoornis”) en voor sociale problemen (bijvoorbeeld “relatieprobleem”).
- **Inzet POH-GGZ.** Zoals in de rapportage van juni 2015 is getoond*, is bij de POH-GGZ in de huisartsenpraktijk tussen 2011 en 2014 een toename te zien van het percentage patiënten dat de POH-GGZ heeft geraadpleegd voor psychische symptomen, psychische stoornissen en voor sociale problemen. Het aantal unieke patiënten dat de huisarts en/of de POH-GGZ bezocht is tussen 2011 en 2012 gestegen, en is vanaf 2012 tot en met 2014 stabiel.

Samenwerking zorgaanbieders en zorgverzekeraars

- **Samenwerking tussen zorgaanbieders.** Uit het kwalitatief onderzoek blijkt dat partijen het belang van samenwerkingsverbanden en ketenafspraken zien toenemen, zowel voor de verwijsstromen als voor de kwaliteit van de behandeling.
- **Samenwerking tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars.** Ten opzichte van de afspraken die vorig jaar zijn gemaakt, worden door zorgaanbieders en zorgverzekeraars enkele verbeteringen waargenomen:
  - Er is meer flexibiliteit in de vereisten rondom het hoofdbehandelaarschap bij sommige zorgverzekeraars.
  - Er is meer flexibiliteit in de vereisten rondom de ingezette productmix bij sommige zorgverzekeraars.

  Tegelijkertijd geven met name aanbieders aan nog wel aan te lopen tegen de effecten van de afspraken die zijn gemaakt door zorgverzekeraars, sommige punten spelen breder, met name door:
  - Verschillende eisen van verschillende zorgverzekeraars.
  - Administratieve lasten en registratiedruk.
  - Weinig ruimte voor innovatie.
  - Inhoudelijke eisen vanuit zorgverzekeraars kunnen belemmeren in het leveren van goede efficiënte zorg.
  - De zorginkoop sluit nog niet goed aan bij de gerealiseerde productie.
  - Eisen en stimulans voor inzet e-mental health (EMH) verschillen per zorgverzekeraar.
  - Patiënten geven aan dat de afspraken tussen zorgverzekeraar en aanbieders soms leidend zijn in plaats van de kwaliteit van zorg.

Inhoudsopgave

Contactpersonen vanuit KPMG Plexus zijn:

Karina Kuperus
Partner KPMG Plexus

Tel: + 31 (0)6 51367395
kuperus.karina@kpmgplexus.nl

Karin Lemmens
Senior manager KPMG Plexus

Tel: + 31 (0)6 12513683
lemmens.karin@kpmgplexus.nl

In samenwerking met:
- Annemarije Oosterwaal
- Gwendy Bos
- Lieke Ruigrok
- Brunel Zwartkruis

Deze opdracht voert KPMG Plexus uit in samenwerking met Vektis.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding, vraagstelling & leeswijzer

- *De introductie van de GB-GGZ heeft ook effecten in de andere echelons: huisartsenzorg en gespecialiseerde GGZ. De hele keten is in beweging, zoals de versterking van de huisartsenzorg (inclusief de POH-GGZ), toename van zelfmanagement en preventie en ondersteuning via e-mental health (EMH). In opdracht van het Ministerie van VWS worden de effecten van deze gehele ontwikkeling gemonitord door KPMG Plexus i.s.m. Vektis.
- Jeugd-GGZ is geen onderdeel van de rapportage. De jeugd-GGZ valt sinds 2015 onder de Jeugdwet. Jeugd-ggz valt hierdoor niet langer onder verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars, maar van de gemeenten.
- Per 1 januari 2015 valt de intramurale klinische behandeling tot 3 jaar onder de zorgverzekeringswet (LGGZ). Dit is buiten de monitor gehouden.

1.1.1 Aanleiding

De GGZ in Nederland levert een belangrijke bijdrage aan de samenleving. Om mensen met psychische aandoeningen zo goed mogelijk te kunnen behandelen is een samenhangend en gevarieerd zorgaanbod nodig. De kosten van GGZ zijn in het afgelopen decennium relatief meer toegenomen dan in andere zorgsectoren. Dit komt mede doordat mensen met lichte psychische problematiek vaak in de gespecialiseerde (2e lijns) GGZ terechtkwamen. Daarnaast keerden mensen na behandeling te langzaam terug naar de 1e lijn (huisarts, POH of EPZ). Hierdoor was de vraag naar gespecialiseerde GGZ zorg relatief hoog, waardoor de toegankelijkheid (onvoldoende gepaste zorg, waardoor wachtlijsten ontstaan), de kwaliteit (door onvoldoende gepaste zorg en zorg ver weg in plaats van dichtbij) en de betaalbaarheid (dure specialistische zorg voor lichte problematiek) van de GGZ in gevaar kwamen.

Per 2014 is de GB-GGZ ingevoerd*. Deze introductie heeft als doel om ervoor te zorgen dat patiënten GGZ-zorg tijdig en op de juiste plek krijgen (matched care) en niet onnodig in de gespecialiseerde GGZ terechtkomen of blijven. Met de invoering van deze maatregelen verwacht VWS dat er een verschuiving van patiënten (en daarmee gepaard budget) gaat optreden binnen de GGZ-keten van duurdere gespecialiseerde zorg naar goedkopere zorg dichter bij huis. Dit moet bijdragen aan een betaalbare, voor iedereen toegankelijke en kwalitatief hoogwaardige GGZ.

1.1.2 Vraagstelling

Het Ministerie van VWS wil graag een monitor ontwikkelen om de invoering en de verdere ontwikkeling van deze stelselwijzing in de GGZ goed te volgen. De opdracht kan worden samengevat als: *Het opzetten van de 'Monitoring effecten Generalistische Basis GGZ (monitor) die zich richt op de volgende elementen*:

- Een inventarisatie of de beoogde doelen van invoering van de GB-GGZ worden behaald;
- Het toetsen van de werkzaamheid van de POH-GGZ en GB-GGZ in de praktijk.

Deze elementen vallen uiteen in een groot aantal subvragen. Deze staan beschreven in Bijlage 1.

1.1.3 Leeswijzer

In dit document rapporteren we kwantitatieve bevindingen uit drie regio's over het eerste en tweede halfjaar van 2014 en het eerste halfjaar van 2015, in vergelijking met het eerste en tweede halfjaar van 2011 (waar mogelijk, zie bijlage 3), 2012 en 2013. Deze bevindingen worden gecombineerd met bevindingen uit kwalitatief onderzoek, dat bestond uit focusgroepen en interviews. In hoofdstuk 2 beschrijven we beknopt de aanpak. In hoofdstuk 3 gaan we in op de vraag of doelen van de GB-GGZ behaald worden en hoe de werkzaamheid van de POH-GGZ en GB-GGZ ervaren wordt. De bijlagen geven aanvullende informatie. Een lijst met gehanteerde afkortingen is te vinden in bijlage 9.

[*] Voor meer details, zie het rapport van HHM: Generalistische Basis GGZ: Verwijsmodel en productbeschrijvingen, januari 2013.

1.2 Beknopte beschrijving nieuwe systeem

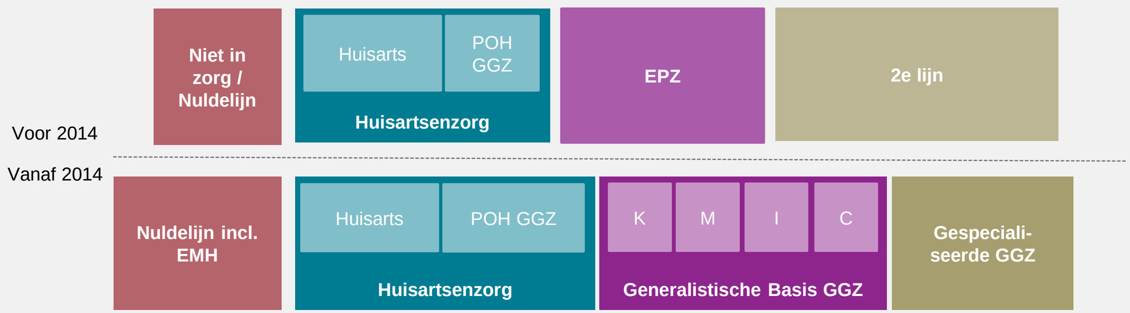
Het nieuwe systeem bestaat uit de volgende drie echelons (zie onderstaande figuur):

1. Huisartsenzorg, waaronder POH-GGZ
2. GB-GGZ
3. Gespecialiseerde GGZ

Hieronder staat een beknopte beschrijving van het nieuwe systeem wanneer deze optimaal functioneert:

- De nuldelijn is versterkt, dat wil zeggen dat er verschillende e-mental health (EMH) modules worden aangeboden, voor iedereen toegankelijk via internet. Hierdoor wordt zelfhulp gestimuleerd.
- Via de module POH-GGZ werd huisartsen al de mogelijkheid geboden om bijvoorbeeld patiënten te stimuleren tot meer zelfzorg, EMH-behandelingen aan te bieden, de screeningsfunctie te verbeteren, consultatie van een specialist aan te vragen of de patiënt (met ondersteuning van een andere hulpverlener) zelf te behandelen. De functie van de POH-GGZ is na de introductie van de GB-GGZ op volle kracht en levert een deel van de zorg voor patiënten die voorheen in de EPZ werden behandeld.
- In de GB-GGZ komt een deel van de patiënten die tot nu toe binnen de EPZ werden gezien en (een deel van) de lichte en milde problematiek van de 2e lijns GGZ samen. Hierbij geldt de eis dat er sprake moet zijn van een Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders (DSM) diagnose voor behandeling in de GB-GGZ. Dit gold niet voor behandeling in de EPZ. De problematiek van de populatie in de GB-GGZ is daarmee gemiddeld genomen zwaarder dan voorheen in de EPZ. Binnen de GB-GGZ worden vier producten onderscheiden (GB-GGZ Kort, Middel, Intensief en Chronisch)*, waar de NZa tarieven voor heeft vastgesteld.
- Patiënten die enige tijd stabiel en niet meer crisisgevoelig zijn, substitueren van de 2e lijn naar de GB-GGZ of naar de huisarts (POH-GGZ).

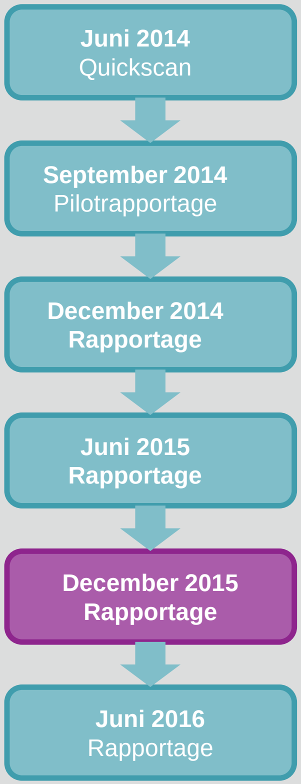
Vanwege bovenstaande verschuivingen zijn EPZ en 2e lijn niet één-op-één vergelijkbaar met GB-GGZ en gespecialiseerde GGZ.



De omvang van de blokken geeft niet de verhouding tussen de omvang van de echelons weer; de blokken zijn niet op schaal weergegeven.

2. Aanpak

2.1 Globale beschrijving van de aanpak



2.1.1 Monitor: rapportage december 2015

Aangezien we veel veranderingen in het veld verwachten en het enige tijd vergt voordat veranderingen zijn doorgevoerd en resultaten zichtbaar worden, verschijnt halfjaarlijks de monitor die de ontwikkelingen van de invoering van de GB-GGZ volgt. In deze rapportage presenteren we de kwantitatieve bevindingen over het eerste en tweede halfjaar van 2014 en het eerste halfjaar van 2015 en vergelijken deze met 2011 (waar mogelijk, zie bijlage 3), 2012 en 2013. De kwantitatieve bevindingen worden gecombineerd met bevindingen uit kwalitatief onderzoek dat is uitgevoerd in september en oktober 2015.

In elke rapportage wordt het beeld verder geactualiseerd en aangevuld om de meest recente observaties te kunnen doen. Zo zijn de cijfers uit de rapportage van juni 2015 verwerkt in de huidige resultaten die bovendien verder geactualiseerd zijn.

2.1.2 Drie regio's als basis voor de monitor om een actueel beeld te kunnen geven

Het onderzoek heeft plaatsgevonden in drie regio's: Friesland, Utrecht en omstreken en Zuid Limburg. In deze regio's zijn bij betrokken zorgaanbieders kwantitatieve gegevens verzameld. Tevens heeft in deze drie regio's kwalitatief onderzoek plaatsgevonden in de vorm van focusgroepen. In juni 2016 vindt een validatie van de monitor plaats op basis van de (tegen die tijd) landelijk beschikbare kwantitatieve data. Meer informatie over de data en de regioafbakening is te vinden in respectievelijk bijlage 3 en 4.

2.1.2.1 Kwantitatief onderzoek levert indicatoren

Het kwantitatieve onderzoek is gebaseerd op beschikbare data van Vektis en data aangeleverd door betrokken aanbieders in de regio's. Hieruit zijn 23 indicatoren berekend (zie bijlage 2). In de volgende rapportage (juni 2016) wordt de kwantitatieve analyse ook op landelijk niveau uitgevoerd.

Bij interpretatie van de indicatoren zijn de onderstaande aandachtspunten van belang (zie verder bijlagen 3 en 5).

- De figuren tonen gegevens van de drie regio's gezamenlijk. De indicatoren zijn ook bepaald per regio. Waar er grote verschillen tussen de regio's zichtbaar zijn, wordt dit in de tekst beschreven.
- De figuren tonen gegevens van patiënten (18+) van de geselecteerde aanbieders woonachtig in de vastgestelde regio's. Door decentralisatie van jeugdzorg naar gemeenten per 1 januari 2015, zijn gegevens over de populatie <18 jaar niet beschikbaar bij Vektis. Deze doelgroep is daarom geëxcludeerd en over de doelgroep kunnen geen gegevens worden gerapporteerd.
- Het betreft data van patiënten voor wie in het betreffende halfjaar een zorgproduct of DBC geopend is, openstond of afgesloten is (afhankelijk van de indicator). Gegevens over deze producten zijn bijgewerkt tot half augustus 2015 (# minuten, type product, etc.). Daar waar de gegevens gesloten producten of DBC's betreffen, gaat het alleen om producten of DBC's waarvan de declaratie is goedgekeurd; afgeschreven producten of DBC's worden derhalve niet meegenomen in de berekeningen.
- Vanuit de cijfers van Vektis is voor consulten die bij de huisarts plaatsvinden, niet bekend of (en in hoeverre) dit GGZ problematiek betreft. In de indicatoren zijn voor de huisartsenzorg daarom uitsluitend POH-GGZ cijfers meegenomen.

2.1.2.2 Kwalitatief onderzoek in de vorm van focusgroepen en interviews

In september en oktober 2015 heeft kwalitatief onderzoek plaatsgevonden. Het kwalitatief onderzoek bestond uit drie diepgaande focusgroepen en een serie interviews:

- In september 2015 zijn drie focusgroepen georganiseerd: één in elk van de drie regio’s. De deelnemers hadden een gevarieerde achtergrond. Vanuit alle betrokken partijen was minimaal één vertegenwoordiger aanwezig.
- Als aanvulling op de focusgroepen zijn vijf interviews gehouden met zorgverzekeraars.

Op basis van suggesties van diverse belangenorganisaties binnen de GGZ, betrokken zorgaanbieders en bestaande contacten zijn mensen uitgenodigd voor deelname aan focusgroepen en interviews. Deelname was op vrijwillige basis.

Alle kwalitatieve uitspraken in deze rapportage vanuit aanbieders en patiënten, zijn besproken in de focusgroepen en daar herkend. Waar de meningen duidelijk verdeeld waren, is dit in de rapportage aangegeven. De bevindingen vanuit zorgverzekeraars zijn gebaseerd op diepte-interviews met vijf zorgverzekeraars.

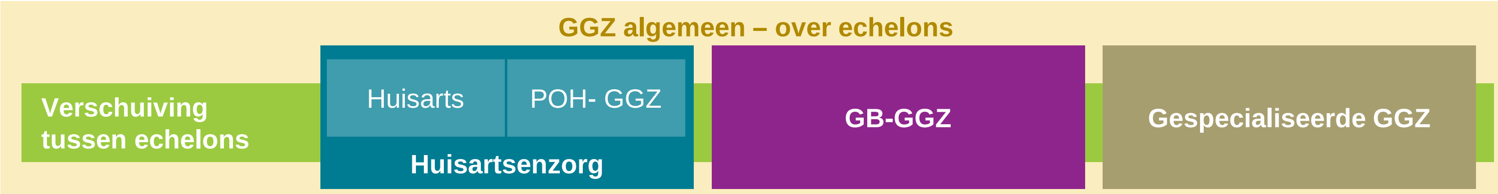
In bijlage 7 en 8 staat een overzicht van de deelnemers en de thema’s en vragen die tijdens de focusgroepen en interviews behandeld zijn. Kwalitatief onderzoek biedt een verdere diepgang bij de kwantitatieve indicatoren en de mogelijkheid voor het schetsen van een context.

2.2.1 De monitor presenteert bevindingen aan de hand van een raamwerk

De monitor brengt de ontwikkeling van de invoering GB-GGZ in kaart aan de hand van onderstaand raamwerk, bestaande uit de volgende drie elementen:

1. Over echelons heen: GGZ algemeen
2. Verschuiving tussen echelons
3. Binnen echelons
   – Huisartsenzorg (huisarts en POH-GGZ)
   – GB-GGZ
   – Gespecialiseerde GGZ

Bij de bevindingen (hoofdstuk 3) staat op elke pagina rechtsboven onderstaande figuur met daarin uitgelicht op welk onderdeel de betreffende pagina betrekking heeft.



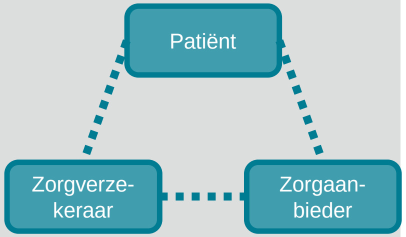
De omvang van de blokken geeft niet de verhouding tussen de omvang van de echelons weer; de blokken zijn niet op schaal weergegeven.

2.2.2 Bij de invulling van het raamwerk nemen we verschillende perspectieven mee

Het raamwerk wordt in het onderzoek ingevuld vanuit drie perspectieven:

- Patiënten: de ervaring van patiënten met de ontwikkelingen rondom de introductie van de GB-GGZ;
- Zorgaanbieders: de ervaringen van de verschillende zorgaanbieders in de GGZ keten worden in kaart gebracht: Huisartsen, POH'ers en behandelaren in de GB-GGZ en de gespecialiseerde GGZ (zowel vrijgevestigd als in instellingen).
- Zorgverzekeraars: de ervaringen van zorgverzekeraars met de GB-GGZ worden in beeld gebracht.

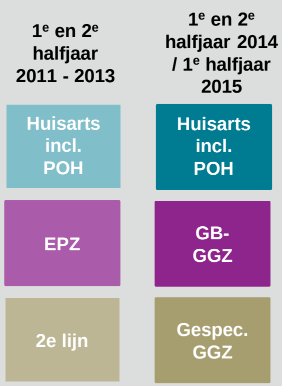
Hiervoor worden vooral kwalitatieve gegevens gebruikt.



3. Bevindingen

3.1 Overzicht bevindingen

In de tekst maken we op basis van kwantitatieve gegevens de volgende vergelijkingen:



3.1.1 Overzicht bevindingen

De bevindingen op totaalniveau staan beschreven in de samenvatting op pagina 2-5.

3.1.2 Leeswijzer hoofdstuk 3

Dit hoofdstuk beschrijft de bevindingen vanuit het kwantitatieve en kwalitatieve onderzoek. De resultaten zijn besproken in de klankbordgroep Basis GGZ van VWS. In paragraaf 3.2 beschrijven we de bevindingen op totaalniveau: aantallen patiënten per echelon, totale behandelkosten, nieuwe patiënten per echelon, gemiddelde behandelkosten per patiënt, totale medicatiekosten, percentage patiënten met medicatie en medicatiekosten per patiënt met medicatie. Hiervoor zijn vooral kwantitatieve gegevens gebruikt.

Paragraaf 3.3 gaat in op de verschuivingen tussen echelons en bevat informatie over: het percentage patiënten dat zorg ontvangt in twee echelons na een consult bij de POH-GGZ, verwijzing door huisartsen met een POH-GGZ, echelons waarin patiënten die zorg ontvangen in de GB-GGZ en de gespecialiseerde GGZ voorheen zorg ontvingen, het type aanbieder van waaruit patiënten verwezen worden en het percentage patiënten dat na het sluiten van een product in de GB-GGZ en een DBC in de gespecialiseerde GGZ opnieuw zorg ontvangt. Bij deze beschrijving zijn resultaten uit het kwantitatieve onderzoek gecombineerd met resultaten uit het kwalitatieve onderzoek.

In paragraaf 3.4 presenteren we de bevindingen per echelon: huisartsenzorg inclusief POH-GGZ, GB-GGZ en gespecialiseerde GGZ. Deze resultaten zijn gebaseerd op kwantitatief en kwalitatief onderzoek.

Paragraaf 3.5 geeft aan de hand van kwalitatief onderzoek een inzicht in de ervaringen van en met zorgverzekeraars en ervaringen van patiënten.

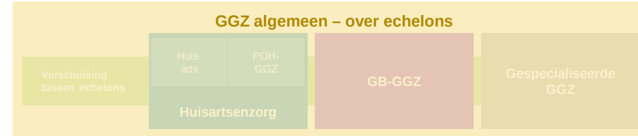
Interpretatie van de kwantitatieve bevindingen

De kwantitatieve gegevens zijn beschikbaar over het eerste en tweede halfjaar van 2014 en het eerste halfjaar van 2015. Deze worden vergeleken met het eerste en tweede halfjaar van de jaren van 2011 (waar mogelijk, zie bijlage 3), 2012 en 2013 (zie schema). Doordat er nog maar een beperkte dataset beschikbaar is, kunnen geen uitspraken gedaan worden over trends op landelijk niveau. De resultaten hebben alleen betrekking op de betrokken aanbieders (instellingen) bij de monitor.

De monitor brengt de effecten van de invoering GB-GGZ halfjaarlijks in kaart om de werking van het stelsel in de praktijk en waar nodig het stelsel verder te onderzoeken of zelfs bij te sturen. Dit beeld ontwikkelt zich geleidelijk en wordt in de loop der tijd steeds vollediger. Vanaf het moment dat landelijke cijfers beschikbaar zijn (eerste halfjaar 2016), voegen we deze toe aan de rapportage. Op basis van deze rapportage kunnen slechts beperkt conclusies worden getrokken. De bijlagen bevatten toelichting en achtergrondinformatie over de monitor.

3. Bevindingen

3.2 Bevindingen op totaalniveau



***Definitie:** het betreft hier het aantal patiënten met een declaratie (bij POH-GGZ en EPZ) of een openstaand product dan wel DBC (bij GB-GGZ, 2e lijn en gespecialiseerde GGZ) in de verslagperiode. Het echelon gespecialiseerde GGZ bevat ook DBC's die geopend zijn vóór 1 januari 2014 en dus geopend zijn in de 2e lijn.*

Omdat cijfers beschikbaar zijn vanaf 2011 en er een jaar wordt teruggekeken of een patiënt een product of DBC open heeft staan, is het niet mogelijk om het aantal patiënten te bepalen voor 2011.

Toelichting stippellijn:

Bij deze indicator verwachten we nog verschuiving als meer declaratiegegevens bij Vektis beschikbaar zijn. Dit is aangegeven in de figuur door middel van een stippellijn.

3.2.1 Aantal patiënten per echelon

- Op basis van de beschikbare declaratiedata hebben we alle zorg geleverd door de POH-GGZ binnen de drie regio's in beeld. Hierbij geldt dat het eerste halfjaar van 2015 nog niet volledig gedeclareerd is. De volgende rapportage geeft naar verwachting een volledig beeld van het gebruik van de POH in deze periode.
- Voor de echelons EPZ, GB-GGZ, 2e lijn en gespecialiseerde GGZ is zorg geleverd door de betrokken aanbieders gepresenteerd. Op dit moment is het niet mogelijk een betrouwbare extrapolatie naar regionaal of landelijk niveau te doen. Een nadere toelichting is opgenomen in bijlage 5.
- Onderstaande figuur toont het aantal patiënten in zorg per echelon per halfjaar van 2012 tot en met het eerste halfjaar van 2015 bij de betrokken aanbieders in de regio's.
- Hierbij geldt dat wanneer een patiënt in meerdere echelons zorg heeft genoten, alleen de zorg in het zwaarste echelon is meegenomen. Op de volgende pagina's beschrijven we per echelon de belangrijkste bevindingen.
- Het totaal aantal patiënten (POH-GGZ, GB-GGZ en gespecialiseerde GGZ) is in 2014 en het eerste halfjaar van 2015 toegenomen ten opzichte van de jaren ervoor. Als er gekeken wordt naar het totaal aantal patiënten in de GB-GGZ en gespecialiseerde GGZ gezamenlijk dan ligt dat in 2014 en het eerste halfjaar van 2015 lager dan in 2012 en 2013 in de EPZ en 2e lijn gezamenlijk.
- Tussen het eerste halfjaar van 2015 en het tweede halfjaar van 2014, is er een stijging in het aantal patiënten in zorg bij de POH-GGZ en de GB-GGZ zichtbaar. In de gespecialiseerde GGZ is het aantal patiënten juist gedaald.

Aantal patiënten in zorg bij betrokken aanbieders

Nog geen landelijk beeld

	POH-GGZ (vóór 2014)	POH-GGZ (na 2014)	EPZ	GB-GGZ	2e lijn	Gespecialiseerde GGZ
Jan-jun 2012	4.728		1.299		44.885	
Jul-dec 2012	5.730		1.077		42.132	
Jan-jun 2013	7.825		1.081		41.919	
Jul-dec 2013	9.901		965		41.356	
Jan-jun 2014		18.100		2.866		37.368
Jul-dec 2014		21.154		4.748		34.356
Jan-jun 2015		23.644		5.664		32.961

3.2.1.1 Aantal patiënten dat gebruik maakt van de POH-GGZ

- De tabel laat zien dat het gebruik van de POH-GGZ in 2014 en in het eerste halfjaar van 2015 hoger ligt dan in de voorgaande jaren. Ook tussen het eerste halfjaar van 2015 en het tweede halfjaar van 2014 is een stijging te zien in het aantal patiënten dat gebruikt maakt van diensten van de POH-GGZ. Dit valt te verklaren door de stijging van het het aantal huisartsen met een POH-GGZ (zie 3.4.1) en een toename van het aantal uren per week dat de POH-GGZ in de huisartsenpraktijk werkt. Naast substitutie vanuit andere echelons kan ook het aantrekken van patiënten die voorheen niet in zorg of alleen bij de huisarts in behandeling waren hiervoor een verklaring zijn.
- Over alle verslagperioden heen is een stabiel beeld te zien van dubbeling met andere echelons (gelijktijdig of achtereenvolgens): gemiddeld heeft 12% van POH-GGZ patiënten in hetzelfde halfjaar ook zorg ontvangen in de EPZ of 2e lijn (2013 en eerder) of bij GB-GGZ of gespecialiseerde GGZ (2014) bij de betrokken aanbieders. Mogelijk ligt in werkelijkheid dit percentage iets hoger, omdat de data ontbreekt van vrijgevestigde praktijken die actief zijn in de betreffende regio's en van andere aanbieders in de regio. Deze patiënten zijn toegewezen aan het zwaarste echelon waar binnen zij zorg ontvingen en vallen derhalve buiten het aantal patiënten dat op pagina 16 is weergegeven voor de POH-GGZ.
- Vanuit het kwalitatieve onderzoek blijkt dat de toename van patiënten dat zorg ontvangt bij de POH-GGZ verklaarbaar is vanuit verschillende aspecten. Zo is er een toename van het aantal POH's-GGZ en is er onder huisartsen meer bekendheid met de functie van de POH-GGZ. Een andere verklaring is dat de POH-GGZ patiënten met complexe problematiek toch in zorg houdt. Dit kan gevolgen hebben voor de kwaliteit van de behandeling. Er zijn verschillende redenen, waarom een patiënt (te) lang in zorg blijft bij POH-GGZ. Zo is er een toename van wachttijden voor sommige specialismes in de gespecialiseerde GGZ (o.a. persoonlijkheids- en eetstoornissen) en in sommige regio's de wachttijden in de GB-GGZ. De POH-GGZ behandelt ten tijde van de wachttijd de patiënt. Een andere reden is dat de POH-GGZ soms zelf hoog geschoold is (met name in regio's waar de functie POH-GGZ wordt ingevuld door psychologen, doordat relatief veel psychologen zonder baan zijn). Hierdoor worden patiënten met complexere problematiek ook bij de POH-GGZ behandeld. Andere redenen zijn dat sommige patiënten niet in de GB-GGZ behandeld willen worden, doordat ze geen eigen risico willen betalen en/of doordat ze geen label willen hebben van een DSM-IV stoornis.

3.2.1.2.Aantal patiënten dat gebruik maakt van EPZ/ GB-GGZ

- Het aantal patiënten in 2014 en in het eerste halfjaar van 2015 in de GB-GGZ bij de betrokken aanbieders is een stuk hoger dan het aantal patiënten dat vóór 2014 een EPZ prestatie had bij de betrokken aanbieders. Dit kan een vertekening zijn, doordat de betrokken aanbieders relatief weinig EPZ boden. Een deel van de patiënten dat vóór 2014 in de 2e lijn zorg ontving, ontvangt nu mogelijk zorg in de GB-GGZ. De afspraken die aanbieders met zorgverzekeraars hebben gemaakt over substitutie, kunnen hierbij een belangrijke rol spelen. Een andere mogelijke verklaring is dat alleen zorg geleverd in het zwaarste echelon is meegeteld. Dit is ook te zien in bijlage 5, waar zichtbaar is dat in het eerste en tweede halfjaar van 2013 respectievelijk 51% en 45% van de patiënten in EPZ niet is meegeteld, omdat zij ook zorg ontvingen in de 2e lijn. In de GB-GGZ is in het eerste halfjaar van 2015 19% van de patiënten niet meegeteld, omdat zij ook zorg ontvingen in de gespecialiseerde GGZ. Voor 2014 betrof dit 30% van de patiënten voor het eerste halfjaar en 22% van de patiënten voor het tweede halfjaar. Daarmee lijkt het erop. dat er steeds minder patiënten zijn die zowel in de GB-GGZ als in de gespecialiseerde GGZ zorg ontvangen binnen een halfjaar.

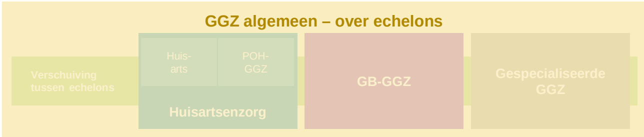
- Ook tussen het eerste halfjaar van 2015 en tweede halfjaar van 2014 is een stijging te zien in het aantal patiënten dat GB-GGZ ontvangt bij de betrokken aanbieders. Eén van de mogelijke verklaringen hiervoor is een ingroeieffect, omdat naar verwachting producten in de GB-GGZ langer openstaan en patiënten dus langer in zorg zijn dan voorheen in de EPZ.
- Uit het kwalitatieve onderzoek komt naar voren dat er onder huisartsen meer bekendheid is met de functie van de GB-GGZ, hierdoor verwijzen huisartsen gerichter naar de GB-GGZ. Daarbij speelt dat in 2014 gestarte POH's-GGZ inmiddels beter bekend zijn met het nieuwe stelsel, waardoor er sneller dan in 2014 wordt doorverwezen. Het aantal patiënten in de GB-GGZ is ook toegenomen door de wachtlijsten bij instellingen in de gespecialiseerde GGZ. Patiënten worden langer behandeld in de GB-GGZ, omdat ze niet door kunnen stromen naar de gespecialiseerde GGZ. Tevens blijkt dat in sommige regio's er een toename is van de wachttijden in de GB-GGZ (met name bij instellingen).

3.2.1.3 Aantal patiënten dat gebruik maakt van de 2e lijns/ gespecialiseerde GGZ

- Aan de rechterkant van het spectrum wordt zichtbaar dat er minder patiënten zijn met een DBC in de gespecialiseerde GGZ dan er in het verleden patiënten waren met een DBC in de 2^{e} lijn bij de betrokken aanbieders in de regio's.
- Tussen het eerste halfjaar van 2015 en het tweede halfjaar van 2014 is ook een daling te zien van het aantal patiënten in de gespecialiseerde GGZ bij de betrokken aanbieders. Het aantal patiënten in de GB-GGZ neemt juist toe. Mogelijk wordt dit verklaard door verdere substitutie van patiënten van de gespecialiseerde GGZ naar GB-GGZ. Dit zou aansluiten bij één van de doelen van de introductie van de GB-GGZ, dat de patiënten met minder complexe zorg die voorheen naar de 2e lijn verwezen werden, vanaf 2014 gebruik zouden gaan maken van de GB-GGZ.
- Het kwalitatieve onderzoek laat zien dat de verwachting is dat de afname in de gespecialiseerde GGZ verder door zal zetten, omdat de uitstroom vanuit de gespecialiseerde GGZ naar de GB-GGZ en POH-GGZ nog niet volledig is. Met name voor specifieke doelgroepen (bijvoorbeeld patiënten met een ernstig psychiatrische aandoening) is de uitstroom nog niet volledig op gang gekomen, bijvoorbeeld door twijfel en/of onbekendheid over voldoende expertise in GB-GGZ of bij de POH-GGZ.

3.2.1.4 Sturing op substitutie door zorgverzekeraars

- Uit het kwalitatieve onderzoek komt naar voren dat zorgverzekeraars aansturen op substitutie van zorg, middels omzetplafonds en productieafspraken. Dit kan daarmee een verklaring zijn voor de terugloop van patiënten in de gespecialiseerde GGZ. Zorgverzekeraars geven aan dat veel aanbieders van GB-GGZ de productieafspraken niet halen en nog ruimte hebben voor meer behandeling en dat sommige aanbieders van de gespecialiseerde GGZ ook hun omzetplafonds niet halen. Ook in 2016 blijven zorgverzekeraars sturen op substitutie van zorg, onder andere doen enkele zorgverzekeraars dit door sturing op budget, waarbij budget niet van de GB-GGZ naar gespecialiseerde GGZ verschoven mogen worden, maar wel van gespecialiseerde GGZ naar GB-GGZ.



Algemene definitie: *Onder behandelkosten verstaan we het vergoed bedrag. Dit is na aftrek van een eventuele eigen bijdrage. Waar van toepassing zijn ook behandelkosten in de aanvullende verzekering meegenomen. Een eventueel eigen risico heeft geen invloed op de behandelkosten.*

Definitie behandelkosten huisartsenzorg*: Hieronder vallen de kosten voor consulten bij de POH-GGZ. De kosten voor het inschrijftarief zijn meegenomen in de behandelkosten. Dit is een afwijking ten opzichte van de rapportage van juni 2015, waarin de inschrijfkosten niet in de totale behandelkosten waren meegenomen.*

Toelichting stippellijn:

De stippellijn geeft aan dat we bij deze indicator nog verschuiving verwachten als meer producten en DBC's gesloten zijn of meer declaratiegegevens bij Vektis beschikbaar zijn. Dit is aangegeven in de figuur door middel van een stippellijn.

3.2.2 Totale behandelkosten

Deze indicator laat de totale behandelkosten zien van producten en DBC's die zijn geopend in de verslagperiode. De gegevens kunnen nog niet naar landelijk niveau geëxtrapoleerd worden. Hierdoor kan geen uitspraak gedaan worden over de totale landelijke behandelkosten en kan alleen een voorzichtige vergelijking per echelon worden gedaan. Op basis van deze cijfers kunnen geen conclusies worden getrokken.

De totale behandelkosten in alle echelons (POH-GGZ, EPZ/ GB-GGZ en 2e lijn/ gespecialiseerde GGZ) fluctueren tussen 2011 en 2015. Met een stijging tussen 2014 en 2015.

De totale kosten zijn gebaseerd op de totale gedeclareerde kosten. Hierbij wordt geen rekening gehouden met inkoopafspraken door zorgverzekeraars (o.a. omzetplafonds en afspraken over maximaal gemiddelde cliënt- en/of uurtarieven) die achteraf worden verrekend.

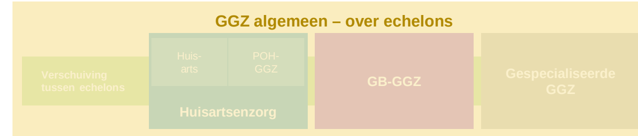
3.2.2.1 Totale behandelkosten POH-GGZ in het echelon huisartsenzorg

- In lijn met de hogere patiëntenaantallen bij de POH-GGZ zijn ook de behandelkosten door de POH-GGZ in het eerste halfjaar van 2015 toegenomen ten opzichte van 2014: € 7.276 k in het eerste halfjaar van 2015 vergeleken met € 5.737 k (1e halfjaar 2014) en € 6.918 k (2e halfjaar 2014).
- De behandelkosten per patiënt bij de POH-GGZ stegen in het eerste halfjaar van 2015 ten opzichte van het tweede halfjaar van 2014 (zie 3.2.4.1).

Totale behandelkosten bij betrokken aanbieders

Nog geen landelijk beeld

	POH-GGZ (vóór 2014)	POH-GGZ (na 2014)	EPZ	GB-GGZ	2e lijn	Gespecialiseerde GGZ
Jan-jun 2011	€ 1.012 k		€ 716 k		€ 115 mln	
Jul-dec 2011	€ 1.063 k		€ 579 k		€ 117 mln	
Jan-jun 2012	€ 1.282 k		€ 326 k		€ 97 mln	
Jul-dec 2012	€ 1.511 k		€ 259 k		€ 103 mln	
Jan-jun 2013	€ 2.253 k		€ 653 k		€ 113 mln	
Jul-dec 2013	€ 2.858 k		€ 490 k		€ 111 mln	
Jan-jun 2014		€ 5.737 k		€ 3.023 k		€ 107 mln
Jun-dec 2014		€ 6.918 k		€ 2.984 k		€ 110 mln
Jan-jun 2015		€ 7.276 k		€ 3.297 k		€ 119 mln



***Definitie inschrijftarief POH-GGZ**: het inschrijftarief POH-GGZ is het tarief dat een huisarts per ingeschreven verzekerde per kwartaal mag declareren voor het toegang bieden tot een POH-GGZ. Het inschrijftarief voor de POH-GGZ is onderdeel van de behandelkosten in het echelon huisartsenzorg. De kosten zijn echter niet meegenomen in de figuur in 3.2.2.1, omdat de kosten voor het inschrijftarief rechtstreeks samenhangen met de toename van het aantal POH's-GGZ. Het meenemen van de kosten voor het inschrijftarief POH-GGZ zou de trend in behandelkosten verstoren.*

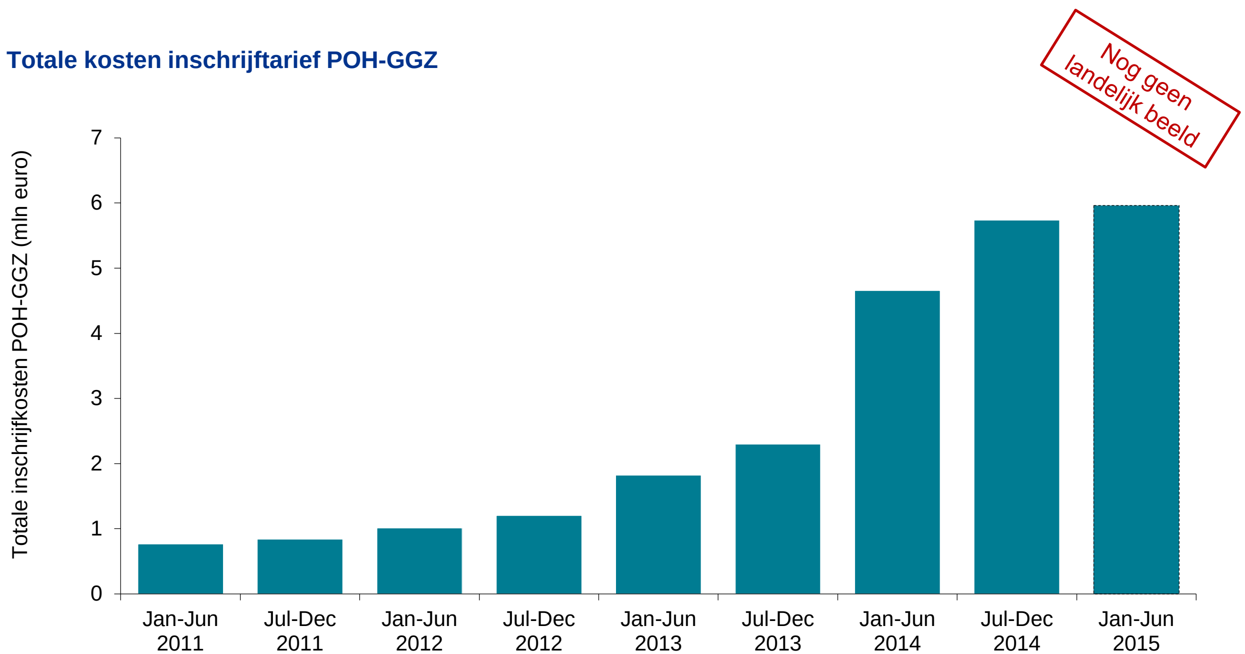
** Bron; Tariefbeschikkingen huisartsenzorg Nza 2013 en 2015.*

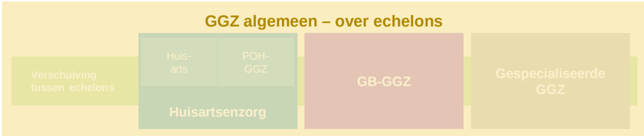
*** Bron: Nza (2013). Tarieven en prestaties huisartsenzorg 2014.*

3.2.2.2 Kosten inschrijftarief POH-GGZ

- Tussen 2011 en het eerste halfjaar van 2015 zijn de totale kosten voor het inschrijftarief van de POH-GGZ gestegen. Een verklaring is de toename van het aantal POH's-GGZ in Nederland. Een andere verklaring is een stijging van het inschrijftarief dat per patiënt berekend mag worden. In 2013 bedroeg het inschrijftarief maximaal €1,97 per ingeschreven verzekerde per kwartaal, terwijl in 2015 dit tarief gestegen is naar €2,80 per ingeschreven verzekerde per kwartaal*.
- Sinds 1 januari 2014 mag het inschrijftarief POH-GGZ ook gebruikt worden voor EMH en consultatieve raadpleging. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars spreken samen af welk deel van het inschrijftarief wordt ingezet voor deze functies**.

Totale kosten inschrijftarief POH-GGZ

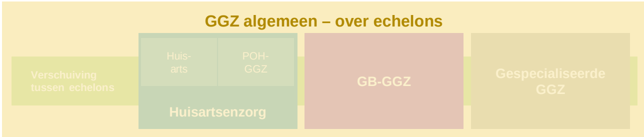




***Definitie behandelkosten GB-GGZ**: Om deze indicator te kunnen bepalen zijn de kosten van nog openstaande producten in de GB-GGZ ingeschat op basis van ingevuld "verwacht" product.*

3.2.2.3 Totale behandelkosten bij de betrokken aanbieders in de regio's: EPZ/ GB-GGZ

- De totale behandelkosten bij de GB-GGZ in 2014 en het eerste halfjaar van 2015 zijn bij de betrokken aanbieders hoger dan de EPZ-kosten in hetzelfde halfjaar in 2013 bij deze aanbieders. Hiervoor zijn verschillende verklaringen mogelijk:
  - De betrokken aanbieders waren in 2013 voornamelijk 2e lijns aanbieders en boden derhalve een relatief kleine hoeveelheid EPZ zorg. Het vergelijken van kosten geeft dus mogelijk een vertekend beeld.
  - Een grotere patiëntenpopulatie met een GB-GGZ product ten opzichte van patiënten met een EPZ product (zie 3.2.1.2) leidt tot substantieel hogere totale behandelkosten in dit echelon.
  - De kosten per patiënt met een GB-GGZ product liggen hoger dan de kosten per patiënt met een EPZ product (zie verder 3.2.4.2). Uit het kwalitatieve onderzoek blijkt dat de patiënten in de GB-GGZ meer complexe problematiek hebben, dan patiënten die voorheen in de eerste lijn werden behandeld.
- De behandelkosten in de GB-GGZ zijn stabiel over het eerste en tweede halfjaar van 2014 en nemen toe in het eerste halfjaar van 2015. Het aantal patiënten in de GB-GGZ is toegenomen (zie 3.2.1.2) en ook de kosten per patiënt zijn iets afgenomen (zie 3.2.4.2). Een verklaring ligt in de definitie van beide indicatoren: het aantal patiënten toont alle patiënten die zorg ontvangen in de GB-GGZ, terwijl de kosten worden toegewezen aan de periode waarin het product geopend is (een product kan in de vorige periode geopend zijn en de patiënt kan nog in de huidige periode behandeling ontvangen).



Definitie behandelkosten 2e lijns/ gespecialiseerde GGZ:

Hieronder vallen kosten van zowel klinische als ambulante behandeling in de 2e lijns/ gespecialiseerde GGZ.

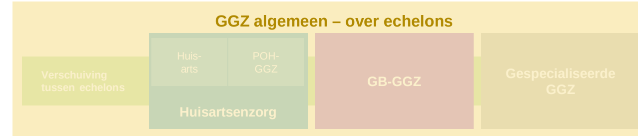
Nog openstaande DBC's zijn geëxtrapoleerd op basis van openingsduur, diagnose, aantal reeds geschreven minuten en behandeldagen.

** BronZN: 'Stijging ggz-tarieven geeft wachtlijsten' Medisch Contact. 27 september 2013*

3.2.2.4 Totale behandelkosten bij de betrokken aanbieders in de regio's: 2e lijns/ gespecialiseerde GGZ

- De totale behandelkosten in de gespecialiseerde GGZ zijn gestegen tussen het tweede halfjaar van 2014 en het eerste halfjaar van 2015. Totale behandelkosten voor de gespecialiseerde GGZ waren in het eerste halfjaar van 2014 bij de betrokken aanbieders in de regio's licht gedaald ten opzichte van de totale behandelkosten in de 2e lijn GGZ in 2013. In het eerste halfjaar van 2015 lagen de totale behandelkosten in de gespecialiseerde GGZ hoger dan in de 2e lijn GGZ in 2013.Het aantal patiënten in de gespecialiseerde GGZ is juist afgenomen (zie 3.2.1). De gemiddelde behandelkosten per patiënt zijn derhalve gestegen (zie 3.2.4.3).
- Mogelijke verklaringen voor de stijging in totale behandelkosten zijn:
  - Door extramuralisering zijn mogelijk patiënten die zorg ontvingen gefinancierd vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) ingestroomd in zorg gefinancierd vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw). Deze patiënten worden mogelijk behandeld in de gespecialiseerde GGZ.
  - Extramuralisering kan ook impact hebben op de kosten van de gespecialiseerde GGZ wanneer de toename in de benodigde ambulante behandeling dermate groot is dat de kosten hiervoor de kosten voor klinische behandeling overstijgen of wanneer patiënten hierdoor vaker een crisisbehandeling nodig hebben.
  - Daarnaast kan meespelen dat de (maximum) tarieven van 2014 lager waren dan de tarieven van 2015. Tegelijkertijd blijkt dat zorgverzekeraars vaker overgaan tot het stellen van een maximumtarief per patiënt of een maximaal gemiddeld uurtarief per DBC.
  - De kosten voor nog openstaande DBC's in de 2e lijn en de gespecialiseerde GGZ zijn geëxtrapoleerd. Omdat de extrapolatie voor het eerste halfjaar en het tweede halfjaar van 2014 betrouwbaar lijkt, verwachten we niet dat de extrapolatie een groot deel van de kostenstijging verklaart.
  - Een toename in overproductie door instellingen: In de berekening wordt geen rekening gehouden met verrekening tussen zorgverzekeraar en aanbieder op basis van vooraf vastgestelde budgetafspraken.
  - Mogelijk is er sprake van een vertekening, omdat slechts een beperkt aantal instellingen bij het onderzoek zijn betrokken. In de volgende rapportage wordt het beeld vollediger door gebruik van landelijke data.

  Met het sluiten van meer DBC's in de periode, worden de kosten steeds vollediger. Het beeld ontwikkelt zich verder in de komende rapportage.



***Definitie**: een patiënt is beschouwd als nieuw in zorg wanneer in het voorgaande jaar geen zorg plaatsvond in hetzelfde echelon bij de aanbieders in de regio's (bij GB geen EPZ product en/of 2e lijns DBC in voorgaande jaar)*

Omdat cijfers beschikbaar zijn vanaf 2011 en we een jaar terugkijken, is het niet mogelijk om nieuwe patiënten te bepalen voor 2011.

3.2.3 Aantal nieuwe patiënten in zorg

Deze indicator geeft inzicht in het aantal patiënten nieuw in zorg bij de aanbieders. Het totaal aantal nieuwe patiënten in alle echelons (POH-GGZ, EPZ/ GB-GGZ en 2e lijn/ gespecialiseerde GGZ) lijkt te zijn toegenomen tussen 2012 en 2015. Dit beeld komt echter voort uit de toename van patiënten bij de POH-GGZ. Het totaal aantal nieuwe patiënten in de twee echelons GB-GGZ én gespecialiseerde GGZ is in 2015 ongeveer gelijk aan het aantal nieuwe patiënten in de twee echelons EPZ én 2e lijn in de eerdere jaren.

3.2.3.1 Aantal nieuwe patiënten in zorg bij de POH-GGZ

- Tussen het eerste en tweede halfjaar van 2014 is een lichte daling van het aantal nieuwe patiënten in zorg bij de POH-GGZ te zien. In het eerste halfjaar van 2015 neemt het aantal patiënten juist weer fors toe.
- De instroom van nieuwe patiënten bij de POH-GGZ was in het eerste halfjaar van 2014 meer dan twee keer zo hoog als in het eerste en tweede halfjaar van 2013. Ook in de jaren ervoor is een stijging te zien, maar wel minder sterk. Dit sluit aan bij de bevinding dat het totaal aantal patiënten in zorg bij de POH-GGZ is gestegen (zie 3.2.1.1). Een verklaring hiervoor zit in de toename van het aantal huisartsen die toegang hebben tot een POH-GGZ (zie 3.4.1.1) en een toename van het aantal uren per week dat de POH-GGZ in de huisartsenpraktijk werkt. Mogelijk door substitutie vanuit andere echelons, maar ook door het aantrekken van patiënten die voorheen niet in zorg of alleen bij de huisarts in behandeling waren.

Toelichting stippellijn:

Bij deze indicator verwachten we nog verschuiving als meer declaratiegegevens bij Vektis beschikbaar zijn. Dit is aangegeven in de figuur door middel van een stippellijn.

Aantal nieuwe patiënten in zorg bij betrokken aanbieders

Nog geen landelijk beeld

	POH-GGZ (vóór 2014)	POH-GGZ (na 2014)	EPZ	GB-GGZ	2e lijn	Gespecialiseerde GGZ
Jan-jun 2012	3.400		846		8.850	
Jul-dec 2012	3.894		727		8.040	
Jan-jun 2013	5.678		779		9.012	
Jul-dec 2013	6.933		711		8.131	
Jan-jun 2014		14.331		2.454		5.847
Jun-dec 2014		14.175		2.183		6.094
Jan- jun 2015		17.723		2.360		6.522

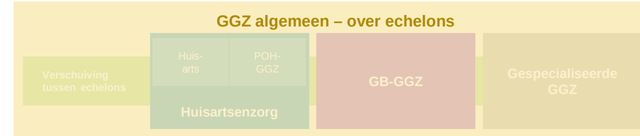
***Definitie:** een patiënt is beschouwd als nieuw in zorg wanneer in het voorgaande jaar geen zorg plaatsvond in hetzelfde echelon bij de aanbieders in de regio's (bij GB geen EPZ product en/of 2e lijns DBC in voorgaande jaar)*

3.2.3.2 Aantal nieuwe patiënten in zorg: EPZ/ GB-GGZ

- In de GB-GGZ is sprake van een relatief hoog aantal nieuwe patiënten: 86% van de patiënten die in het eerste halfjaar van 2014 een GB-GGZ product hadden, ontvingen in het voorgaande jaar geen zorg in de EPZ en/of 2e lijn bij de betrokken aanbieders in de regio's. In het tweede halfjaar van 2014 is dit percentage gedaald tot 46%. In het eerste halfjaar van 2015 daalt dit percentage verder naar 42%.
- Het aantal nieuwe patiënten, zoals zichtbaar in deze monitor, wordt mogelijk deels beïnvloed doordat:
  - de EPZ bij de betrokken aanbieders relatief klein was;
  - de behandelduur relatief korter is en daardoor het aantal nieuwe patiënten relatief hoger is (dan bijvoorbeeld in de gespecialiseerde GGZ).

3.2.3.3 Aantal nieuwe patiënten in zorg bij de 2e lijns/ gespecialiseerde GGZ

- In het eerste halfjaar van 2015 stroomde in de gespecialiseerde GGZ 6.522 patiënten in. In 2014 waren dit 5.847 (eerste halfjaar) en 6.094 (tweede halfjaar) patiënten. Opvallend is dat het aantal nieuwe patiënten toeneemt, terwijl het totaal aantal patiënten dat behandeling ontvangt binnen de gespecialiseerde GGZ juist afneemt (zie 3.2.1). Dit betekent dat de uitstroom van patiënten sterker is gestegen dan de instroom van nieuwe patiënten.
  - Tijdens focusgroepen is aangegeven dat een mogelijke verklaring hiervoor is dat aanbieders van specialistische GGZ meer sturen op eindigheid en daarmee op de uitstroom naar de GB-GGZ, huisarts of eigen kracht.



***Definitie:** onder behandelkosten verstaan we het vergoede bedrag. Dit is na aftrek van een eventuele eigen bijdrage. Waar van toepassing zijn ook behandelkosten in de aanvullende verzekering meegenomen. Een eventueel eigen risico is niet afgetrokken van de behandelkosten.*

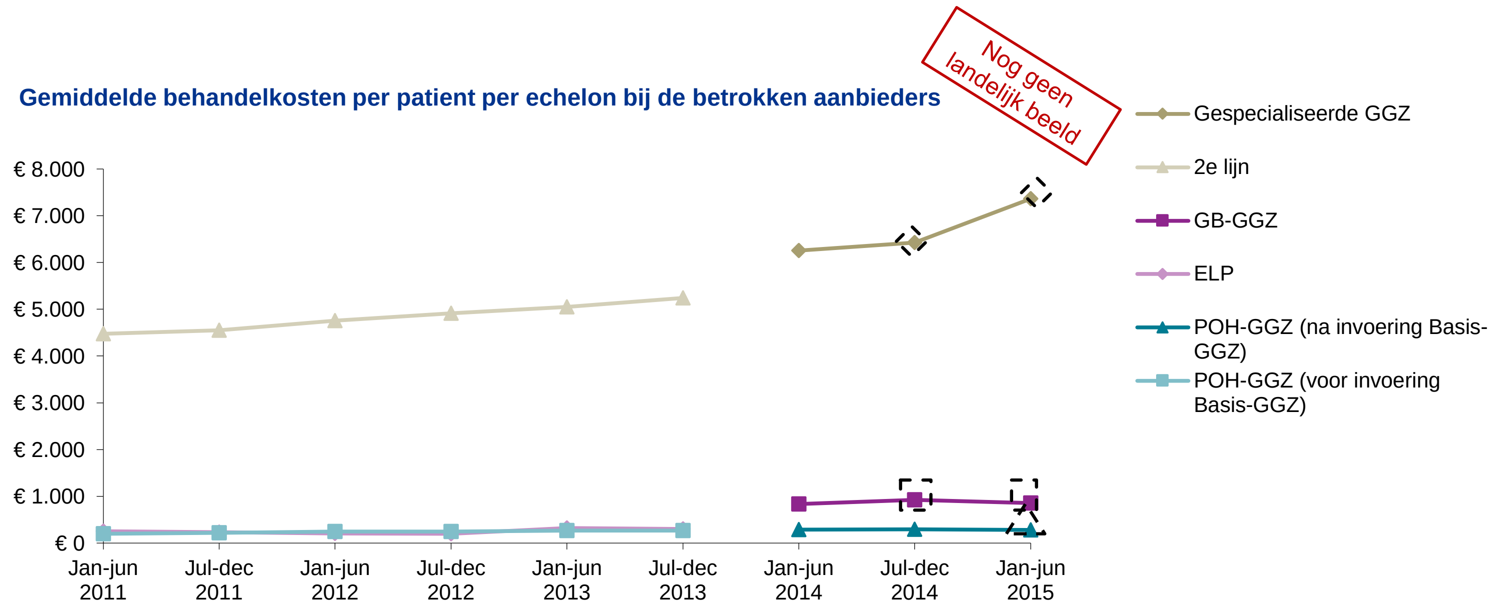
Toelichting stippellijn:

Bij deze indicator verwachten we nog verschuiving als meer producten en DBC's gesloten zijn. Dit is aangegeven in de figuur door middel van een stippellijn.

3.2.4 Gemiddelde behandelkosten per patiënt

Deze indicator geeft de gemiddelde behandelkosten per patiënt weer in de verschillende echelons. Op de volgende pagina zijn de indicatorwaardes in tabelvorm weergegeven. Bij de interpretatie zijn enkele algemene aspecten van belang:

- Hogere tarieven per DBC of product (zie 3.2.2.3) hebben ook invloed op de behandelkosten per patiënt.
- De manier van registreren, bijvoorbeeld door parallelle DBC's, meerdere korte opeenvolgende DBC's of aanpassing in het beleid bij recidivering (of een DBC heropend wordt of een nieuwe vervolg DBC geopend wordt) hebben geen invloed op de behandelkosten per patiënt.
- Indien een patiënt zijn behandeling zelf heeft betaald zijn deze kosten niet bekend. Dit leidt tot een onderschatting van de behandelkosten per patiënt in de EPZ aangezien in dit echelon veel eigen betalingen werden gedaan. Vergoedingen vanuit een aanvullende verzekering zijn overigens wel opgenomen in de gemiddelde behandelkosten.



3. Bevindingen

3.2 Bevindingen op totaalniveau

***Definitie behandelkosten POH-GGZ**: hieronder vallen de kosten voor consulten bij de POH-GGZ en de kosten voor het inschrijftarief. Voor de behandelkosten per patiënt bij de POH-GGZ is het totale inschrijftarief van betrokken huisartsen (voor alle ingeschrevenen, dus ook ingeschrevenen die geen gebruik maken van de POH-GGZ) verdeeld over het aantal patiënten dat POH-GGZ zorg ontvangt.*

Toelichting stippellijn:

Bij deze indicator verwachten we nog verschuiving als meer producten en DBC's gesloten zijn of meer declaratiegegevens bij Vektis beschikbaar zijn. Dit is aangegeven in de figuur door middel van een stippellijn.

3.2.4.1 Gemiddelde behandelkosten per patiënt bij POH-GGZ

- In het eerste halfjaar van 2015 is een daling zichtbaar in de gemiddelde behandelkosten per patiënt. De gemiddelde behandelkosten per patiënt bij de POH-GGZ stegen tot en met het tweede halfjaar van 2014. Deze stijging werd veroorzaakt doordat het aantal huisartsen met beschikking over een POH-GGZ en daar een inschrijftarief voor declareert, harder stijgt dan het aantal patiënten dat gebruik maakt van de POH-GGZ.
- De kosten voor consulten (niet apart weergegeven in onderstaande tabel) waren tot 2014 stabiel over de verslagperioden rond de € 50 per patiënt per halfjaar. In het eerste halfjaar van 2014 stegen de kosten naar € 55 per patiënt per halfjaar en in het tweede halfjaar daalden de kosten voor consulten naar € 51 per patiënt per halfjaar. Ook in het eerste halfjaar van 2015 bedroegen de gemiddelde kosten voor consulten €51 per patiënt per halfjaar.

Gemiddelde behandelkosten per patiënt per echelon bij betrokken aanbieders

Nog geen landelijk beeld

	POH-GGZ (vóór 2014)	POH-GGZ (na 2014)	EPZ	GB-GGZ	2e lijn	Gespecialiseerde GGZ
Jan-jun 2011	€ 201		€ 252		€ 4.479	
Jul-dec 2011	€ 219		€ 234		€ 4.552	
Jan-jun 2012	€ 245		€ 207		€ 4.757	
Jul-dec 2012	€ 245		€ 202		€ 4.914	
Jan-jun 2013	€ 264		€ 322		€ 5.051	
Jul-dec 2013	€ 266		€ 299		€ 5.238	
Jan-jun 2014		€ 291		€ 833		€ 6.252
Jun-dec 2014		€ 298		€ 927		€ 6.425
Jan- jun 2015		€ 282		€ 857		€ 7.366

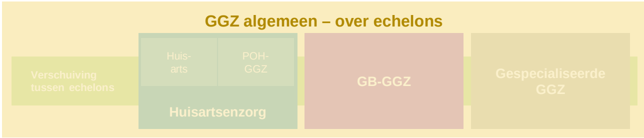
** In 2013 kostte een gemiddeld EPZ consult €60. Dit is na aftrek van de eigen bijdrage van €20 per consult zoals deze gold voor de basisverzekering in 2013.*

3.2.4.2 Gemiddelde behandelkosten per patiënt met EPZ/ GB-GGZ product

- De gemiddelde behandelkosten bij patiënten met een GB-GGZ product (€ 833 in het eerste halfjaar van 2014, € 927 in het tweede halfjaar van 2014 en €857 in het eerste halfjaar van 2015) zijn hoger dan bij patiënten met een EPZ product (€ 253 gemiddeld in de periode 2011 tot en met 2013).
  - Dit kan mogelijk verklaard worden doordat de populatie patiënten binnen de GB-GGZ gemiddeld genomen zwaarder is dan bij de EPZ, zowel door substitutie vanuit de gespecialiseerde GGZ, als door substitutie naar de POH-GGZ van de vooral lichtere patiëntengroepen.
  - Een andere mogelijke verklaring is de veranderde tariefstructuur. Bij de EPZ kregen patiënten maximaal 5 consulten vergoed in de basisverzekering. Uitgaande van een prijs van €60 euro per consult*, is een maximum van €300 per patiënt in lijn met de vergoede zorg (met uitzondering van patiënten die extra consulten vergoed kregen uit een aanvullende verzekering). De producten binnen de GB-GGZ bieden ruimte voor langere behandeling. De daarmee vastgestelde tarieven zijn daarom ook hoger (het product Kort kost (maximaal) €454).
- Tussen het eerste en tweede halfjaar van 2014 is een stijging te zien in de kosten per patiënt in de GB-GGZ. Deze kosten nemen in het eerste halfjaar van 2015 juist weer af. Voor het eerste halfjaar van 2015 geldt dat de kosten mogelijk nog wijzigen wanneer meer producten gesloten worden.
  - Dit kan mogelijk verklaard worden door verdere substitutie van patiënten met zwaardere problematiek vanuit de gespecialiseerde GGZ. Dit is ook te zien in de productmix (zie 3.4.2.1), waarbij relatief gezien meer producten Intensief en Chronisch gedeclareerd worden. Op regionaal niveau geldt overigens dat voor één van de drie regio's de kosten in het tweede halfjaar juist lager lijken dan in het eerste halfjaar van 2014.

3.2.4.3 Gemiddelde behandelkosten per patiënt bij 2e lijns/ gespecialiseerde GGZ

- Tussen het eerste halfjaar van 2015 en het tweede halfjaar van 2014 is een stijging te zien in de gemiddelde behandelkosten per patiënt in de gespecialiseerde GGZ. Mogelijke verklaringen hiervoor komen overeen met de verklaringen voor de stijging van de totale behandelkosten in de gespecialiseerde GGZ (zie 3.2.2.4).
- Ook de behandelkosten van patiënten binnen de gespecialiseerde GGZ zijn hoger dan de behandelkosten van patiënten in de 2e lijn.
  - Een mogelijke verklaring is dat als uit de 2e lijn de patiënten met lichtere problematiek naar de GB-GGZ gesubstitueerd worden, de patiënten met zwaardere problematiek in de gespecialiseerde GGZ blijven.
  - Tevens zijn de kosten bepaald op basis van extrapolatie, wat betekent dat nog sprake kan zijn van een overschatting. Omdat de extrapolatie voor 2014 betrouwbaar lijkt, verwachten we niet dat de extrapolatie een groot deel van de kostenstijging verklaart.



Aangezien cijfers beschikbaar zijn vanaf 2011 en we een jaar terugkijken of een patiënt een product of DBC heeft openstaan (dus in behandeling is in een bepaald echelon), is het niet mogelijk om deze indicator te bepalen voor 2011.

3.2.5 Totale medicatiekosten per echelon

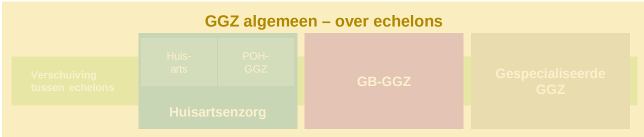
Totale medicatiekosten zijn GGZ medicatiekosten (geselecteerde ATC, zie bijlage 6) voor patiënten in behandeling in het betreffende echelon, waarbij de patiënt is toegewezen aan het zwaarste echelon indien hij in meerdere echelons zorg ontvangt in dezelfde verslagperiode.

- In de totale medicatiekosten is in alle echelons een trend zichtbaar: in de GB-GGZ is sprake van een sterke stijging sinds de invoering van de Basis GGZ. Bij de specialistische GGZ is juist een dalend trend zichtbaar. Voor de POH-GGZ is tussen het eerste en tweede halfjaar van 2014 een stijging zichtbaar en blijven de kosten vrijwel gelijk tussen het tweede halfjaar van 2014 en het eerste halfjaar van 2015.
- Het merendeel van de kosten van medicatie in de regio wordt gevormd door patiënten die wel GGZ medicatie gebruiken, maar geen behandeling ontvangen bij de betrokken aanbieders. Dit kunnen patiënten zijn die zorg ontvangen bij andere (vrijgevestigde) aanbieders of bij de huisarts (niet bij POH-GGZ) of patiënten die niet in zorg zijn in het betreffende halfjaar. De kosten zijn in het eerste en tweede halfjaar van 2014 €6 miljoen. In het eerste halfjaar van 2015 bedroegen deze kosten €4,8 miljoen. Dit is respectievelijk 64%, 64% en 63% van alle medicatiekosten van patiënten in de regio. Dit is niet weergegeven in de figuur, omdat het mogelijk is dat deze patiënten wel zorg in de GGZ ontvangen bij een andere aanbieder dan de aanbieders betrokken bij dit onderzoek.
- Bij het kwalitatieve onderzoek is aangegeven dat medicatietoediening meer gesubstitueerd wordt. De huisarts is veelal betrokken voor medicatietoediening. Dit vraagt specifieke kennis en expertise van huisartsen, die niet altijd aanwezig is. Vanuit aanbieders, huisartsen en zorgverzekeraars wordt aangegeven dat medicatie een reden is om de zorg voor patiënten in de gespecialiseerde GGZ en niet bij de POH-GGZ of GB-GGZ aan te bieden.

Nog geen landelijk beeld

Totale medicatiekosten van patiënten in behandeling bij betrokken aanbieders

	POH-GGZ (vóór 2014)	POH-GGZ (na 2014)	EPZ	GB-GGZ	2e lijn	Gespecialiseerde GGZ
Jan-jun 2012	€ 71k		€ 15k		€ 3,5 mln	
Jul-dec 2012	€ 76k		€ 10k		€ 3,2 mln	
Jan-jun 2013	€ 105k		€ 10k		€ 3,1 mln	
Jul-dec 2013	€ 133k		€ 10k		€ 3,3 mln	
Jan-jun 2014		€ 195k		€ 42k		€ 3,1 mln
Jul-dec 2014		€ 266k		€ 88k		€ 2,9 mln
Jan-jun 2015		€ 266k		€ 106k		€ 2,4 mln



3.2.5.1 Totale medicatiekosten van patiënten bij de POH-GGZ

- De verdubbeling van het aantal patiënten bij de POH-GGZ (zie 3.2.1.1) werkt ook door in de medicatiekosten voorgeschreven door de huisarts bij deze doelgroep.
- De totale medicatiekosten van patiënten bij de POH-GGZ zijn gestegen de afgelopen jaren, maar blijven constant tussen het tweede halfjaar van 2014 en het eerste halfjaar van 2015.
  - De eerste stijging is te verklaren doordat er meer patiënten in behandeling zijn bij de POH-GGZ (zie 3.2.1.1) en door een stijging in de medicatiekosten per patiënt in 2014 (zie 3.2.7.1). Het percentage patiënten dat medicatie gebruikt schommelt sinds de invoering van de GB-GGZ tussen de 24 en 25 % (zie 3.2.6.1).
  - Tussen het tweede halfjaar van 2014 en het eerste halfjaar van 2015 nemen de gemiddelde medicatiekosten per patiënt af; door de toename van het (absolute) aantal patiënten met medicatie blijven de totale medicatiekosten constant.

3.2.5.2 Totale medicatiekosten: EPZ/ GB-GGZ

- De medicatiekosten van de patiënten in de GB-GGZ bij de betrokken aanbieders in de regio's zijn hoger dan bij patiënten met EPZ in 2013 voor deze aanbieders. Verklaringen hiervoor zijn te vinden in twee richtingen:
  - Hogere patiëntenaantallen (zie 3.2.1.2);
  - Van dit grotere aantal patiënten krijgt ook een aanzienlijk hoger percentage medicatie voorgeschreven (zie 3.2.6.2).
- De medicatiekosten per patiënt met medicatie in de GB-GGZ fluctueren tussen de verschillende meetperiode, maar zijn over het algemeen genomen in lijn met de medicatiekosten per patiënt in de EPZ (zie 3.2.7.2).
- Tussen de verschillende meetperioden in 2014 en 2015 is een stijging te zien in de totale medicatiekosten in de GB-GGZ. Dit kan deels verklaard worden door stijging in het (absolute) aantal patiënten in de GB-GGZ dat medicatie ontvangt en de toename in de gemiddelde medicatiekosten per patiënt.

**Bron: SFK (2015), data en feiten 2015, het jaar 2014 in cijfers*

3.2.5.3 Totale medicatiekosten bij de 2e lijns/ gespecialiseerde GGZ

- De totale medicatiekosten bij de gespecialiseerde GGZ liggen in het eerste halfjaar van 2014 lager dan in de jaren hiervoor bij de 2e lijn. Tussen het eerste en tweede halfjaar van 2014 en tussen het tweede halfjaar van 2014 en het eerste halfjaar van 2015 nemen de totale medicatiekosten in de gespecialiseerde GGZ verder af. Hiervoor zijn verschillende verklaringen mogelijk:
  - Het percentage patiënten dat binnen de gespecialiseerde GGZ medicatie ontvangt neemt toe tussen het eerste halfjaar en het tweede halfjaar van 2014; tussen het tweede halfjaar van 2014 en het eerste halfjaar van 2015 neemt het percentage weer af (zie 3.2.6.1). Het aantal patiënten dat behandeling ontvangt binnen de gespecialiseerde GGZ neemt af (zie 3.2.1.3). In absolute aantallen neemt het aantal patiënten dat medicatie ontvangt tussen het eerste halfjaar van 2014 en 2015 steeds af.
  - De gemiddelde medicatiekosten blijven tussen het eerste en tweede halfjaar van 2014 redelijk stabiel, tussen het tweede halfjaar van 2014 en het eerste halfjaar van 2015 nemen deze fors af (zie 3.2.7.1). Deze daling kan mogelijk worden verklaard door een afname in de kosten van medicijnen als gevolg van de Wet Geneesmiddelenprijzen* of door het verlopen van patenten op medicijnen.

Aangezien cijfers beschikbaar zijn vanaf 2011 en we een jaar terugkijken of een patiënt een product of DBC heeft openstaan (dus in behandeling is in een bepaald echelon), is het niet mogelijk om deze indicator te bepalen voor 2011.

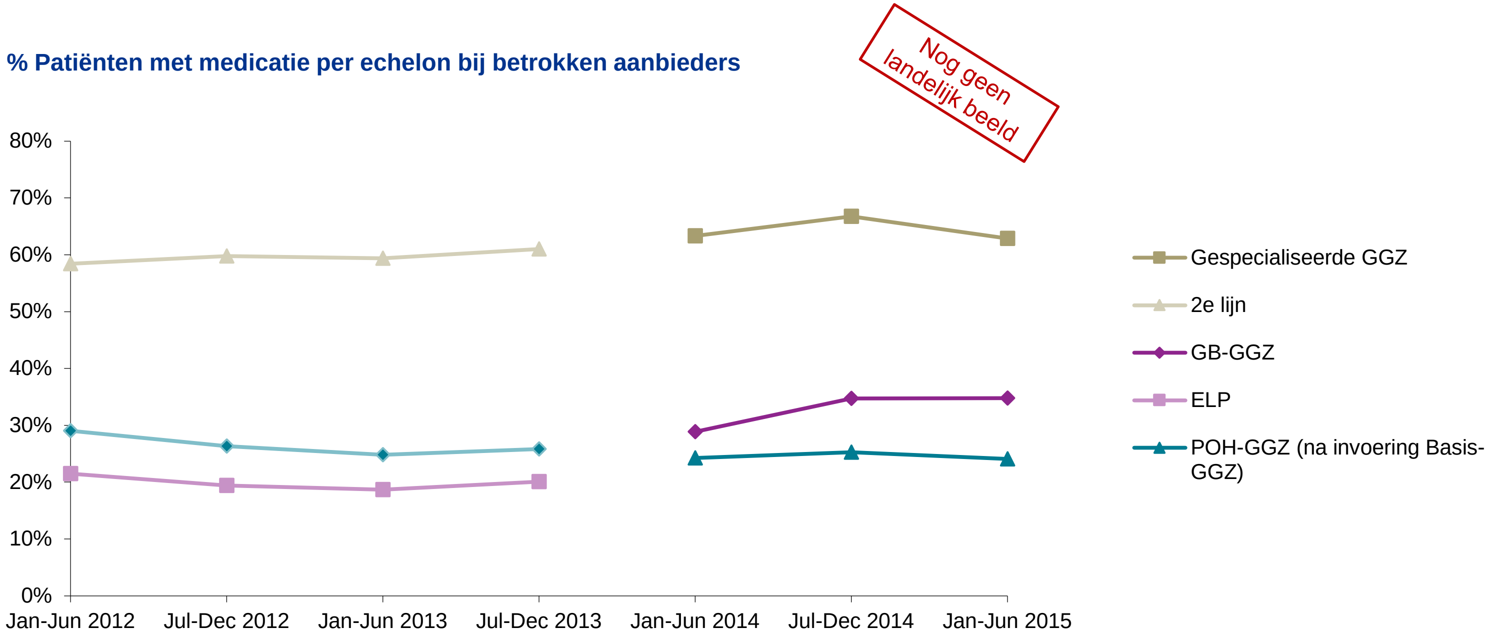
3.2.6 Percentage patiënten met medicatie

Deze indicator geeft het percentage patiënten met medicatie weer per echelon. Voor de echelons GB-GGZ en gespecialiseerde GGZ is een stijging te zien in het percentage patiënten met medicatie tussen het eerste en tweede halfjaar van 2014. Tussen het tweede halfjaar van 2014 en het eerste halfjaar van 2015 blijft het percentage patiënten met medicatie binnen de GB-GGZ vrijwel gelijk; in de gespecialiseerde GGZ neemt het percentage juist af. Het percentage patiënten dat in zorg is bij de POH-GGZ en medicatie ontvangt blijft over de meetperioden in 2014 en 2015 redelijk constant.

3.2.6.1 Percentage patiënten met medicatie bij POH-GGZ

- Het percentage patiënten met medicatie bij de POH-GGZ lag tot de invoering van de GB-GGZ rond 26%, sinds 2014 schommelt het percentage tussen 24 en 25%.

% Patiënten met medicatie per echelon bij betrokken aanbieders

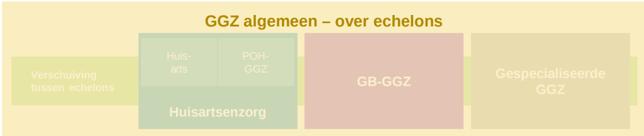


3.2.6.2 Percentage patiënten met medicatie bij EPZ/ GB-GGZ

- Het percentage patiënten met medicatie bij de EPZ lag tot 2014 rond de 20%. In het eerste halfjaar van 2014 lag het aandeel patiënten met medicatie in de GB-GGZ op 29% en in het tweede halfjaar van 2014 en het eerste halfjaar van 2015 rond de 35%. Een mogelijke verklaring voor deze stijging kan zijn dat in de GB-GGZ patiënten met zwaardere problematiek behandeld worden dan voorheen in de EPZ. Ook hebben de patiënten mogelijk een andere mix van stoornissen dan voorheen in de EPZ. Door beide redenen is het mogelijk dat deze patiënten in de GB-GGZ vaker medicatie nodig hebben dan patiënten die in de EPZ zorg kregen.

3.2.6.3 Percentage patiënten met medicatie bij 2e lijns/ gespecialiseerde GGZ

- Het percentage patiënten in de 2e lijns GGZ met medicatie lag afgelopen jaren rond 60%. Ook hier vindt een stijging plaats in het aantal patiënten met medicatie, naar respectievelijk 63% en 67% in het eerste en tweede halfjaar van 2014. In het eerste halfjaar van 2015 daalt dit percentage weer naar 63%.



***Definitie**: deze indicator laat de kosten per patiënt zien van patiënten die GGZ medicatie ontvangen (geselecteerde ATC coderingen) en daarnaast consult(en) (bij POH-GGZ en EPZ) of een product of DBC open hadden staan (bij 2e lijn, GB-GGZ of gespecialiseerde GGZ) in de verslagperiode.*

Aangezien cijfers beschikbaar zijn vanaf 2011 en we een jaar terugkijken of een patiënt een product of DBC heeft openstaan (dus in behandeling is in een bepaald echelon), is het niet mogelijk om deze indicator te bepalen voor 2011.

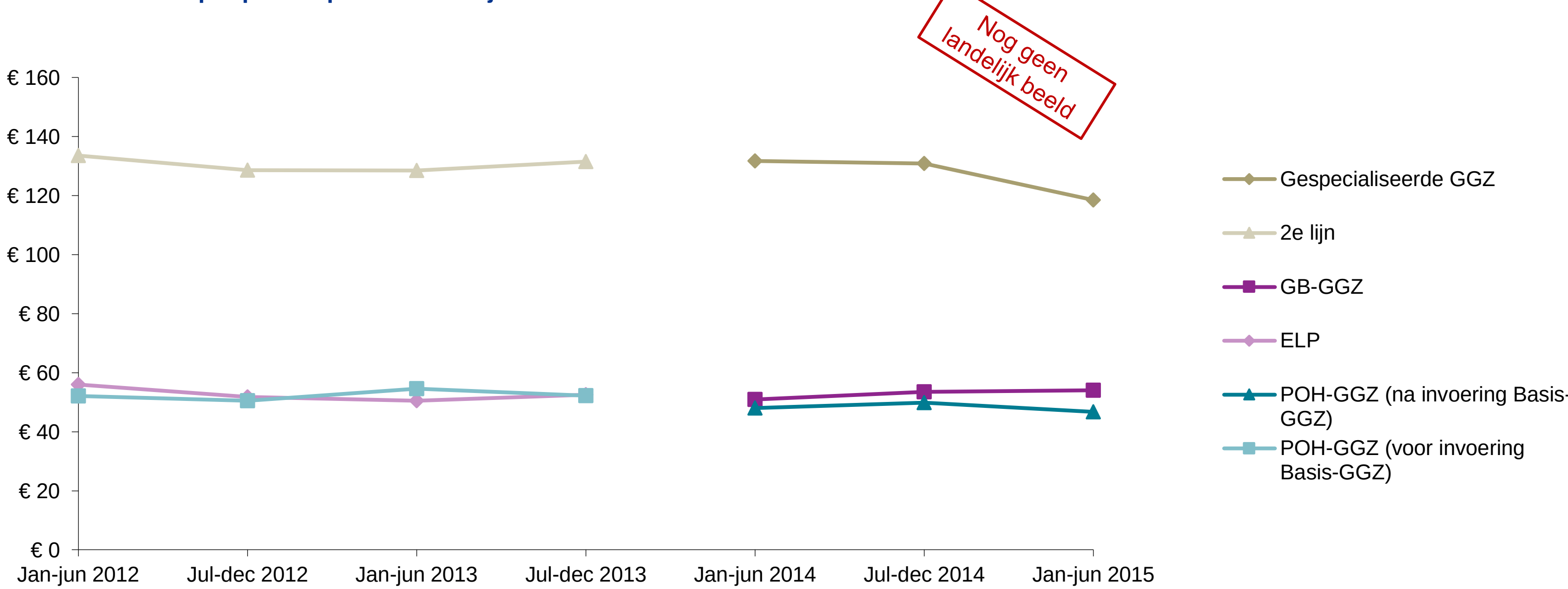
3.2.7 Medicatiekosten per patiënt met medicatie

- Deze indicator geeft weer wat de medicatiekosten per patiënt per jaar zijn voor patiënten die medicatie ontvangen en daarnaast in behandeling zijn in één van de echelons. In de Gespecialiseerde GGZ is sinds 2014 een daling te zien in medicatiekosten per patiënt. Bij de POH-GGZ en in de GB-GGZ is tussen het tweede halfjaar van 2014 een lichte stijging in de gemiddelde kosten zichtbaar. Tussen het tweede halfjaar van 2014 en het eerste halfjaar van 2015 zet deze trend zich voort in de GB-GGZ; voor de POH-GGZ is er sprake van een daling in de gemiddelde medicatiekosten. Over de jaren heen is echter nog geen duidelijke trend zichtbaar. In de volgende rapportage zal blijken hoe de medicatiekosten per patiënt met medicatie zich verder ontwikkelen in de verschillende echelons.

3.2.7.1 Medicatiekosten per patiënt bij POH-GGZ

- In het eerste halfjaar van 2014 wordt per patiënt met medicatie bij de POH-GGZ gemiddeld € 48 per patiënt per half jaar aan medicatie uitgegeven. In het tweede halfjaar van 2014 liggen deze kosten op € 50. In het eerste halfjaar van 2015 dalen de kosten naar €47. De medicatiekosten per patiënt bij POH-GGZ fluctueren over de tijd; er is (nog) geen duidelijke trend zichtbaar.

Medicatiekosten per patiënt per echelon bij betrokken aanbieders



***Definitie**: deze indicator laat de kosten per patiënt zien van patiënten die GGZ medicatie ontvangen (geselecteerde ATC coderingen) en daarnaast consult(en) (bij POH-GGZ en EPZ) of een product of DBC open hadden staan (bij 2e lijn, GB-GGZ of gespecialiseerde GGZ) in de verslagperiode.*

**Bron: SFK (2015), data en feiten 2015, het jaar 2014 in cijfers*

3.2.7.2 Medicatiekosten per patiënt bij EPZ/ GB-GGZ

- In de GB-GGZ is er sprake van een licht stijgende trend in de medicatiekosten per patiënt per jaar. In het eerste halfjaar van 2014 waren de medicatiekosten per patiënt €51; in het tweede halfjaar van 2014 en het eerste halfjaar van 2015 €54.

3.2.7.3 Medicatiekosten per patiënt bij de 2e lijns/ gespecialiseerde GGZ

- De medicatiekosten per patiënt in de 2e lijn lagen tot 2013 rond €130. De kosten in de gespecialiseerde GGZ zijn in het eerste halfjaar van 2014 licht gestegen naar €132 en in het tweede halfjaar van 2014 weer gedaald naar €131. In het eerste halfjaar van 2015 dalen de medicatiekosten per patiënt verder naar €119 per jaar.
  - Deze daling kan mogelijk worden verklaard door een afname in de kosten van medicijnen als gevolg van de Wet Geneesmiddelenprijzen* of door het verlopen van patenten op medicijnen.

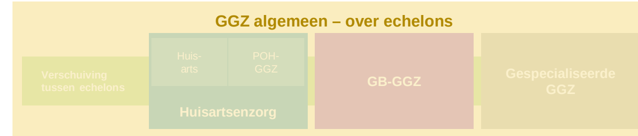
3.2.8 Samenwerking tussen zorgaanbieders

- Uit het kwalitatief onderzoek blijkt dat er het belang van samenwerkingsverbanden en ketenafspraken is toegenomen, zowel voor de verwijsstromen als voor de kwaliteit van de behandeling. Het is voor een goede verwijzing van belang dat de huisarts de expertise van de aanbieder kent. Ook de samenwerking en communicatie tussen behandelaar en huisarts is van belang, zodat er bekendheid is met problematiek en er bij nieuwe doorverwijzingen snel en goed geschakeld kan worden door de huisarts. Er wordt door zorgaanbieders en zorgverzekeraars aangegeven dat er meer initiatieven komen op samenwerking, tegelijkertijd is hier ook nog ruimte voor verbetering. Bijvoorbeeld voor de chronische doelgroep, zou meer samenwerking gezocht kunnen worden tussen gemeenten, zorgverzekeraars en aanbieders.

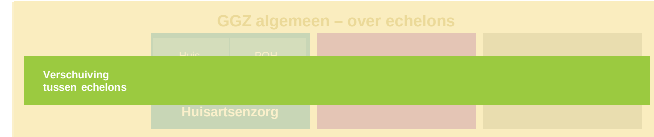
3.2.9 Samenwerking tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars

Afgelopen maanden hebben zorgverzekeraars en zorgaanbieders afspraken gemaakt over zorginkoop voor het jaar 2016. Ten opzichte van de afspraken die vorig jaar zijn gemaakt worden door zorgaanbieders en zorgverzekeraars enkele verbeteringen waargenomen, tegelijkertijd blijven enkele knelpunten bestaan. De aanpak tussen verzekeraars kan sterk verschillen, aanbieders ervaren ook een verstrakking van de afspraken. Zorgverzekeraars geven aan in de regio regelmatig met aanbieders te spreken, bijvoorbeeld tijdens ronde tafel bijeenkomsten. Hierdoor ontstaat meer zicht op wederzijdse visies en opvattingen. Tijdens het kwalitatieve onderzoek kwamen de volgende knelpunten naar voren:

- Patiënten geven aan dat de afspraken tussen zorgverzekeraar en aanbieders soms leidend zijn in plaats van de kwaliteit van zorg. Meer specifiek, afspraken tussen zorgverzekeraars en aanbieders over volumes per zorgverzekeraar en product kunnen zorgen voor een meer rigide systeem, waardoor patiënten die aankloppen voor een hulpvraag niet geholpen kunnen worden, bijvoorbeeld doordat het omzetplafond voor een bepaalde zorgverzekeraar is behaald. Zorgverzekeraars geven daarentegen aan dat in de praktijk het omzetplafond in overleg kan worden opgehoogd.
- Verschillende eisen van verschillende zorgverzekeraars: door de afschaf van het representatiemodel moeten zorgaanbieders contracten afsluiten met verschillende zorgverzekeraars. Tegelijkertijd is het voor zorgverzekeraars niet toegestaan om gezamenlijk inkoopeisen op te stellen. Zorgaanbieders hebben hierdoor te maken met verschillende eisen vanuit verschillende zorgverzekeraars en de eisen verschillen ook per GB-GGZ, gespecialiseerde GGZ en vrijgevestigden. Zorgaanbieders geven aan dat het complex en arbeidsintensief is om inzicht te krijgen in de verschillende eisen. Daarnaast is het voor betrokken zorgaanbieders lastig aan de verschillende eisen te voldoen. Een voorbeeld hiervan zijn de eisen aan hoofdbehandelaarschap. Tot nu toe, hebben zorgverzekeraars verschillende beroepsgroepen aangewezen als hoofdbehandelaar en stellen zorgverzekeraars andere eisen aan welk deel van de behandeling door een hoofdbehandelaar uitgevoerd moet worden. Wel wordt aangegeven dat zorgverzekeraars flexibeler omgaan met eisen ten aanzien van het hoofdbehandelaarschap en dat dit komende tijd nog gaat veranderen. Voor patiënten levert dit ook onduidelijkheid op, bijvoorbeeld ten aanzien van vergoedingen (kunnen per zorgverzekeraar verschillen). Tevens leidt dit tot verschillende zorg voor patiënten, afhankelijk van hun zorgverzekeraar, bijvoorbeeld ten aanzien van toegankelijkheid, doordat de wachttijden voor zorg verschillen per zorgverzekeraar in verband met gehanteerde omzetplafonds.



- Administratieve lasten: deelnemende zorgaanbieders geven aan dat de eisen van zorgverzekeraars veel administratieve lasten en registratiedruk met zich meebrengen. Vooral door betrokken vrijgevestigde behandelaren wordt deze druk als een grote belemmering ervaren. Sommige zorgverzekeraars hebben actief ingezet op het verlagen van de administratieve lasten, bijvoorbeeld door de inzet van meerjarencontracten en door bijvoorbeeld het vrijlaten van productmix. Vrijgevestigden geven aan een groot deel van hun tijd kwijt te zijn aan administratieve zaken. Volgens cijfers van het NIP, zijn de administratieve lasten voor vrijgevestigden toegenomen en besteden vrijgevestigden gemiddeld ongeveer een kwart van hun werktijd aan administratie (bron: NIP: rapport werken als vrijgevestigde in de GGZ (2015). Vanuit aanbieders, vrijgevestigden en zorgverzekeraars wordt aangegeven dat enkele vrijgevestigden geen contracten met zorgverzekeraars aangaan, om zo de administratieve lasten te verlagen en de eisen aan omzetplafonds en productmix te mijden. Volgens cijfers van het NIP, hebben momenteel 80% van de vrijgevestigden een contract afgesloten met zorgverzekeraars (bron: NIP: rapport werken als vrijgevestigde in de GGZ (2015).
- Inhoudelijke eisen vanuit zorgverzekeraars: zorgaanbieders geven aan dat inhoudelijke eisen vanuit zorgverzekeraars kunnen belemmeren in het leveren van goede efficiënte zorg. Voorbeelden die hierbij genoemd worden, zijn eisen ten aanzien van EMH en eisen aan verwijsbrieven.
- De zorginkoop sluit nog niet goed aan bij de gerealiseerde productie. Sommige aanbieders ervaren dat zij aan de max zitten van de omzet, terwijl anderen nog ruimte hebben. Dit geldt ook voor de afspraken over de productmix. Sommige zorgverzekeraars sturen hier strak op in hun contracten, terwijl de verdeling over de producten in de praktijk veelal afwijkt.
- Weinig ruimte voor innovatie: deelnemende zorgaanbieders geven aan dat zij weinig ruimte ervaren om te experimenteren met het nieuwe systeem, bijvoorbeeld met de inzet van EMH. De inzet van EMH vergt vaak een investering. Aanbieders ervaren hier echter geen ruimte voor, door strikte budgeteisen vanuit de zorgverzekeraar. Tegelijkertijd wordt door zorgverzekeraars aangegeven dat er diverse initiatieven zijn gestart voor innovatie, bijvoorbeeld middels proeftuinen en fondsen. Ook wordt door zorgverzekeraars aangegeven dat de GB-GGZ meer mogelijkheden biedt voor EMH en dat dit vanuit inkoopbeleid gestimuleerd wordt. Ook geven zorgverzekeraars en zorgaanbieders aan dat zij wel een toename zien in het gebruik van EMH.



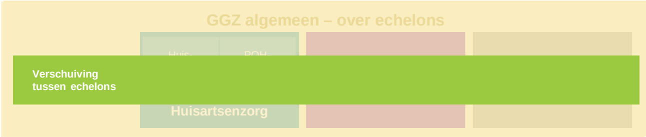
** Bron: SiRM (2015), Acute geestelijke gezondheidszorg, knelpunten en verbetervoorstellen in de keten.*

3.3 Patiëntstromen tussen echelons

Naast de indicatoren waarmee het GGZ systeem op een bepaald moment in de tijd wordt bekeken, zijn indicatoren ontwikkeld om de stroom van patiënten door het GGZ systeem te monitoren. Hierbij wordt gekeken naar het bewegen van patiënten tussen verschillende echelons in de keten. Eén van de doelen van de introductie van de GB-GGZ is bijvoorbeeld om patiënten via een zo kort mogelijke weg op de goede plek in zorg te laten komen (matched care). Als de patiënt niet direct op de goede plek terecht komt, beweegt hij meer in de keten dan een patiënt die wel direct op de goede plek terecht komt. Indien verwijzingen niet goed lopen, betekent dit naast minder goede kwaliteit van zorg, ook dat patiënten te maken krijgen met veel schakels, waardoor zij vaak hetzelfde verhaal opnieuw moeten vertellen.

Uit het kwalitatief onderzoek komen enkele knelpunten in de verwijzing naar voren. Het betreft de volgende knelpunten:

- Net als eind 2014, bestaat er nog onduidelijkheid over de afbakening van de echelons. Wel lijkt dit ten opzichte van 2014 te zijn verbeterd en vindt het verwijzen gerichter plaats. Er is echter nog onduidelijkheid over waar de scheidslijnen tussen de echelons liggen, zowel voor aanbieders, huisartsen en patiënten. De criteria op basis waarvan een patiënt naar de GB-GGZ of de gespecialiseerde GGZ verwezen wordt, leiden in de praktijk nog tot vragen. Hierdoor wordt een patiënt soms meerdere keren doorverwezen, voordat de patiënt op de juiste plek in zorg is. Een ander gevolg is dat patiënten niet op de juiste plaats zorg ontvangen. De knip tussen de POH-GGZ en de GB-GGZ zorgt voor de meeste onduidelijkheid. Er bestaat onduidelijkheid over wat de POH-GGZ wel/ niet doet. Dit varieert ook sterk tussen POH's.
- Net als in 2014 is er onder huisartsen onvoldoende vertrouwen in de verwijsinstrumenten. Er wordt vanuit huisartsen aangegeven dat de verwijsinstrumenten niet gevalideerd zijn. Tegelijkertijd wordt aangegeven dat vanuit keurmerken en verzekeraars het gebruik van verwijsinstrumenten steeds meer verplicht wordt. Verzekeraars geven aan dat verwijsinstrumenten een belangrijke schakel zijn in het realiseren van correcte verwijzingen, met name juist door de moeilijkheid die huisartsen ondervinden bij het juist doorverwijzen.
- De hoeveelheid eisen aan de verwijsbrieven blijft een knelpunt voor huisartsen en aanbieders, al is het afgelopen jaar onder huisartsen de onduidelijkheid hierover afgenomen. Door de hoeveelheid regels en onduidelijkheid hiermee, zijn verwijsbrieven niet altijd correct ingevuld. Tegelijkertijd wordt ook aangegeven door huisartsen en aanbieders dat het afgelopen jaar de kwaliteit van de verwijsbrieven is toegenomen. Tevens wordt door enkele huisartsen aangegeven dat het goed is dat er specifieker met verwijzingen wordt omgegaan, omdat je hierdoor beter nadenkt over verwachtingen.
- Net als in 2014 wordt de doorverwijzing via de huisarts, niet altijd als nuttig ervaren. Enerzijds wordt door aanbieders, zorgverzekeraars en huisartsen aangegeven dat het goed is dat de huisarts als regisseur van de keten op kan treden. Anderzijds wordt door huisartsen en aanbieders aangegeven dat doorverwijzingen vanuit bijvoorbeeld gespecialiseerde GGZ naar GB-GGZ, via de huisarts, als een formele exercitie wordt gezien met weinig toegevoegde waarde. Deze eis gaat per 2016 veranderen.
- Het opschalen bij een crisis wordt in het huidige stelsel als lastig ervaren door zorgaanbieders en huisartsen. Dit komt met name doordat de verwijzing via de huisarts loopt, waardoor er geen snelheid gemaakt kan worden. Hierdoor kan het noodzakelijk zijn dat de patiënt in een crisissituatie wordt opgevangen door de POH-GGZ. Het rapport Acute GGZ* ondersteunt deze conclusie voor zover het zorg betreft die wel spoedeisend is, maar niet onder de enge definitie van crisis valt. Mogelijk bestaan er in de praktijk verschillende definities van het begrip crisis.
- Patiënten ervaren dat bij verwijzing naar de POH-GGZ, GB-GGZ en de gespecialiseerde GGZ, de relaties van de huisartsen met de



aanbieders vaak leidend zijn in de keuze. Doordat het nieuwe systeem door patiënten als ondoorzichtiger wordt ervaren, heeft de patiënt minder notie van ‘het systeem’. Om op de goede plek te komen vaart hij dus veelal op de huisarts.

In de volgende paragrafen worden de resultaten van patiëntenstromen tussen echelons besproken.

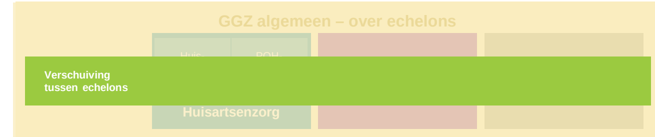
- In paragraaf 3.3.1 worden de patiëntenstromen besproken die starten in de huisartsenzorg. Gekeken wordt naar:
  - Het percentage patiënten dat zorg ontvangt in twee verschillende echelons na een consult bij de POH-GGZ. Hierbij wordt 365 dagen vooruit gekeken.
  - Verwijzingen door huisartsen met of zonder een gedetacheerde POH-GGZ.
- In paragraaf 3.3.2 worden patiëntenstromen beschreven die starten in de GB-GGZ. Bijbehorende indicatoren zijn:
  - De echelons waarin patiënten in de GB-GGZ zorg hebben ontvangen in het voorgaande jaar. Hier wordt 365 dagen teruggekeken.
  - Aanbieders van waaruit patiënten verwezen zijn naar de GB-GGZ.
  - Het percentage patiënten dat binnen een jaar na het sluiten van een product in de GB-GGZ opnieuw zorgt ontvangt. Hier wordt 365 dagen vooruit gekeken.
- In paragraaf 3.3.3 worden tenslotte patiëntenstromen besproken die starten in de gespecialiseerde GGZ. Hierbij wordt gekeken naar:
  - De echelons waarin patiënten in de gespecialiseerde GGZ zorg hebben ontvangen in het voorgaande jaar. Hier wordt 365 dagen teruggekeken.
  - Aanbieders van waaruit patiënten verwezen zijn naar de gespecialiseerde GGZ.
  - Het percentage patiënten dat binnen een jaar na het sluiten van een DBC in de gespecialiseerde GGZ opnieuw zorgt ontvangt. Hier wordt 365 dagen vooruit gekeken.

In de betreffende paragrafen wordt steeds in een figuur weergegeven naar welke echelons gekeken wordt.

Voor enkele indicatoren zijn nog geen duidelijke resultaten zichtbaar. Mogelijk komt dit doordat de betreffende patiëntenstroom niet vaak voorkomt. Een andere mogelijkheid is dat het bewegen van patiënten tussen de echelons enige tijd kan duren en resultaten pas later zichtbaar worden. Voor indicatoren zonder zichtbare resultaten is geen figuur opgenomen. Wel zijn de resultaten in tekst beschreven.

3. Bevindingen

3.3 Patiëntstromen tussen echelons



__Definitie:__ Deze indicator gaat over patiënten die na een consult bij de POH-GGZ zorg hebben ontvangen in de GB-GGZ én de gespecialiseerde GGZ. Hierbij wordt 365 dagen vooruit gekeken vanaf het laatste consult bij de POH-GGZ voor het openen van het volgende product. Alle patiënten met minimaal één consult bij de POH-GGZ worden in deze indicator meegenomen. OVP's zijn in deze analyse geëxcludeerd.

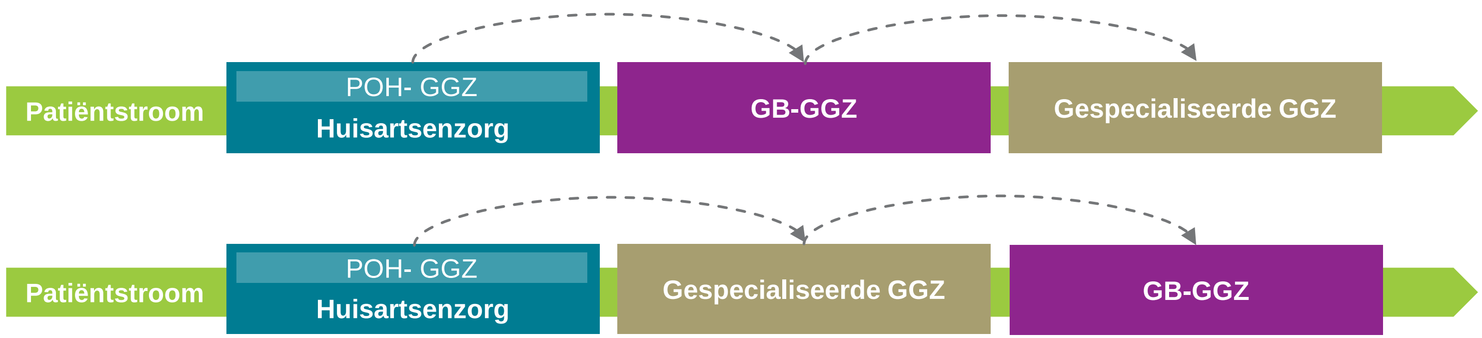
**Ook voor de indicatoren met betrekking tot patiëntenstromen kan op basis van de beschikbare data geen GGZ-zorg geleverd door huisartsen onderscheiden worden. Voor het echelon huisartsenzorg is om die reden alleen gekeken naar zorg geleverd door de POH-GGZ.*

3.3.1 Patiëntstromen bezien vanuit huisartsenzorg*

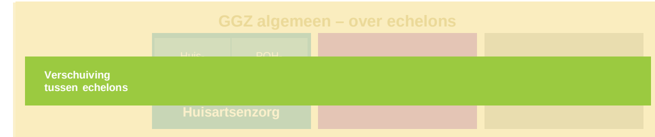
Uit het kwalitatief onderzoek komt daarnaast naar voren dat door de uitbreiding van de POH-GGZ de GGZ zorg voor patiënten toegankelijker is geworden. Aan de andere kant blijkt dat patiënten soms (te) lang in zorg blijven bij POH-GGZ. Dit komt onder andere door een toename van wachttijden in de gespecialiseerde GGZ en in sommige regio's de wachttijden in de GB-GGZ. De POH-GGZ behandelt ten tijde van de wachttijd de patiënt. Een andere reden is dat de POH-GGZ soms zelf hoog geschoold is (met name op plekken waar de functie POH-GGZ wordt ingevuld door psychologen, doordat relatief veel psychologen zonder baan zijn). Hierdoor worden patiënten met complexere problematiek ook bij de POH-GGZ behandeld. De variatie op dit punt tussen POH's-GGZ is echter groot. Om deze reden wordt er hard gewerkt aan accreditatie. Andere redenen zijn dat sommige patiënten niet in de GB-GGZ behandeld willen worden, doordat ze geen eigen risico willen betalen en/of doordat ze geen label willen hebben van een DSM-IV stoornis.

3.3.1.1 Percentage patiënten dat zorg ontvangt in twee verschillende echelons na consult bij POH

- Deze indicator geeft patiënten weer die na een consult bij de POH-GGZ zorg hebben ontvangen in de GB-GGZ én de gespecialiseerde GGZ (zie onderstaande figuur). Onderscheid kan gemaakt worden in de volgorde waarin zorg ontvangen is (na de POH-GGZ eerst in de GB-GGZ of eerst in de gespecialiseerde GGZ). Tevens kan onderscheid gemaakt worden in 1) patiënten voor wie een product eerst gesloten wordt, voordat een product in een volgend echelons geopend wordt en 2) patiënten voor wie een product in een echelon geopend wordt terwijl een product in een ander echelon nog open staat. In deze indicator worden alle bovengenoemde opties meegenomen (er is geen onderscheid gemaakt tussen de opties).
- Deze indicator kon alleen berekend worden voor het eerste halfjaar van 2014, omdat 365 dagen vooruit gekeken wordt en data beschikbaar is tot en met juni 2015. Vanwege het lage percentage is besloten geen figuur weer te geven.
- Van het aantal patiënten dat minimaal één consult had bij de POH-GGZ in het eerste halfjaar van 2014 en die vervolgens een product hadden in de GB-GGZ of de gespecialiseerde GGZ, had 1,4% binnen 365 dagen na het POH-GGZ consult een product geopend in de GB-GGZ én in de gespecialiseerde GGZ. De 1,4% geeft een onderschatting weer, omdat voor de GB-GGZ en gespecialiseerde GGZ alleen zorg bekend is die geleverd is door de betrokken aanbieders.



De omvang van de blokken geeft niet de verhouding tussen de omvang van de echelons weer; de blokken zijn niet op schaal weergegeven.



***Definitie**: deze indicator laat voor aanbieders die POH's GGZ detacheren zien wat de gemiddelde verhouding is tussen verwijzingen die aanbieders ontvangen vanuit huisartsen waarnaar zij een POH-GGZ hebben gedetacheerd en vanuit huisartsen waarnaar zij geen POH-GGZ hebben gedetacheerd.*

Toelichting stippellijn:

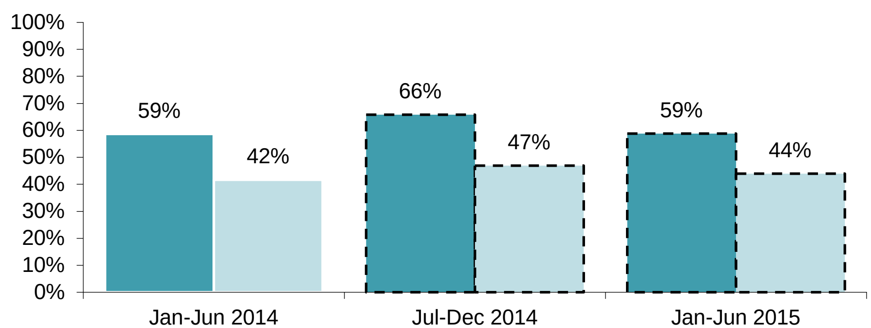
Bij deze indicator verwachten we nog verschuiving als landelijke declaratiegegevens bij Vektis beschikbaar zijn. Dit is aangegeven in de figuur door middel van een stippellijn.

3.3.1.2 Verwijzingen door huisartsen met of zonder een gedetacheerde POH-GGZ

- Deze indicator geeft voor aanbieders die POH's GGZ detacheren weer wat de gemiddelde verhouding is tussen:
  - verwijzingen van huisartsen die een POH-GGZ hebben die gedetacheerd is door de betrokken aanbieder; en
  - verwijzingen van huisartsen die wel een POH-GGZ hebben, maar die niet gedetacheerd is vanuit de betrokken aanbieder.
- De gegevens zijn gebaseerd op cijfers aangeleverd door de betrokken aanbieders. Hierin ontbreken daarom de cijfers van verwijzingen naar andere dan de betrokken aanbieders. Bij de landelijke validatie (rapportage juni 2016) kan een vollediger beeld geschetst worden.
- Deze cijfers zijn geaggregeerd op het niveau van verwijzende huisartsen, maar opgebouwd uit data aangeleverd door betrokken aanbieders. Alleen de verwijzingen van huisartsen naar betrokken aanbieders zijn bekend en meegenomen in de indicator. Idealiter zou deze indicator bepaald worden op basis van data vanuit de huisarts, maar deze data is op dit moment niet beschikbaar.
- Mogelijk heeft de profilering van aanbieders met een gedetacheerde POH-GGZ (focus op gespecialiseerde of GB-GGZ) invloed op onderstaande resultaten. In de resultaten is geen onderscheid gemaakt tussen verwijzingen naar GB-GGZ en gespecialiseerde GGZ.
- Uit deze analyse lijken verschillen te bestaan tussen wel/niet gedetacheerde POH's-GGZ bij de vraag van wie de instelling zijn verwijzingen krijgt. Instellingen krijgen de meeste verwijzingen van huisartsen bij wie zij een POH-GGZ hebben gedetacheerd. Echter, enig verschil is ook te verwachten. Ten eerste kan meespelen dat aanbieders juist een POH-GGZ detacheren bij huisartsen waar ze historisch al een groot marktaandeel hadden. Ten tweede is een van de voordelen voor huisartsen van het hebben van een POH GGZ, dat deze het achterliggende veld goed kent en de patiënt gericht kan doorverwijzen. De kennis over het aanbod van de "eigen" aanbieder is dan inhoudelijk een voordeel, maar dat leidt ook tot relatief meer verwijzingen naar die aanbieder. Of het verschil in percentages marktaandeel een indicatie is voor een oneigenlijke voorkeur voor de aanbieder waar vanuit de POH-GGZ gedetacheerd is, kan hieruit niet afgeleid worden, omdat de gegevens van de andere dan betrokken aanbieders nog ontbreken.

Nog geen landelijk beeld

Marktaandeel aanbieder in verwijzingen vanuit huisarts met POH-GGZ, die wel/niet is gedetacheerd vanuit die aanbieder



Percentage verwijzingen naar aanbieder, vanuit huisarts met POH-GGZ, die is gedetacheerd vanuit die aanbieder

percentage verwijzingen naar aanbieder, vanuit huisarts met POH-GGZ, maar die niet is gedetacheerd vanuit die aanbieder

NB: Deze cijfers zijn geaggregeerd op het niveau van verwijzende huisartsen, maar opgebouwd uit data aangeleverd door betrokken aanbieders. Alleen de verwijzingen van huisartsen naar betrokken aanbieders zijn bekend en meegenomen in de indicator.

__Definitie__: gekeken is in welke echelons patiënten in de 365 dagen voor het openen van het product GB-GGZ een product open hadden staan of (minimaal 1) consult bij POH-GGZ hadden ontvangen. Voor deze indicator wordt 365 dagen teruggekeken.

Binnen de categorie 'overig' vallen:

- *Patiënten die zorg ontvingen bij de POH-GGZ en in de GB-GGZ*
- *Patiënten die zorg ontvingen bij de POH-GGZ en de 2e lijn en/of gespecialiseerde GGZ*
- *Patiënten die zorg ontvingen in de GB-GGZ en de 2e lijn en/of gespecialiseerde GGZ*
- *Patiënten die zorg ontvingen in alle drie de echelons*

** Meer informatie over wachtlijsten in de gespecialiseerde GGZ kan worden gevonden in de rapportage "Onderzoek zorgplicht" (NZa, 2015).*

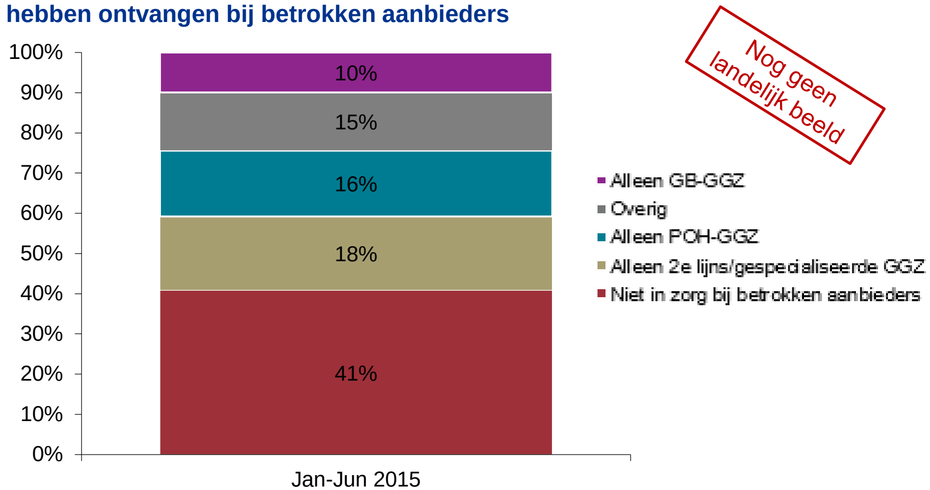
3.3.2 Patiëntstromen bezien vanuit GB-GGZ

Uit het kwalitatieve onderzoek komt naar voren dat er onder huisartsen meer bekendheid is met de functie van de GB-GGZ, hierdoor lijkt er een toename te zijn in de verwijzingen naar de GB-GGZ. Het aantal patiënten in de GB-GGZ is ook toegenomen door de wachtlijsten bij instellingen in de gespecialiseerde GGZ*. Patiënten worden langer behandeld in de GB-GGZ, omdat ze niet door kunnen stromen naar de gespecialiseerde GGZ.

3.3.2.1 Echelon(s) waarin patiënten in de GB-GGZ zorg hebben ontvangen in het voorgaande jaar

- 41% van de patiënten voor wie een product is geopend in de GB-GGZ in het eerste halfjaar van 2015, was in het voorgaande jaar niet in zorg bij de betrokken aanbieders. Alleen zorg geleverd door de betrokken aanbieders is bij ons bekend. Dit draagt bij aan het hoge percentage patiënten dat niet in zorg was in het voorgaande jaar. Het is mogelijk dat de patiënten wel zorg hebben ontvangen, maar niet bij één van de betrokken aanbieders.
- 16% van de patiënten ontving alleen zorg bij de POH-GGZ, waarbij alle zorg geleverd door een POH-GGZ bekend en meegenomen is. 18% van de patiënten ontving in het voorgaande jaar alleen zorg in de 2e lijn en/of gespecialiseerde GGZ, waarbij alleen zorg geleverd door de betrokken aanbieders in beeld is.
- Tussen de drie regio's variëren de percentages enigszins. De categorie 'niet in zorg bij betrokken aanbieders' varieert tussen 45% en 39%, 'alleen POH-GGZ' tussen 12% en 19% en 'alleen 2e lijn/gespecialiseerde GGZ' tussen 14% en 33%.

Echelon(s) waarin patiënten in GB-GGZ in voorgaande jaar zorg hebben ontvangen bij betrokken aanbieders



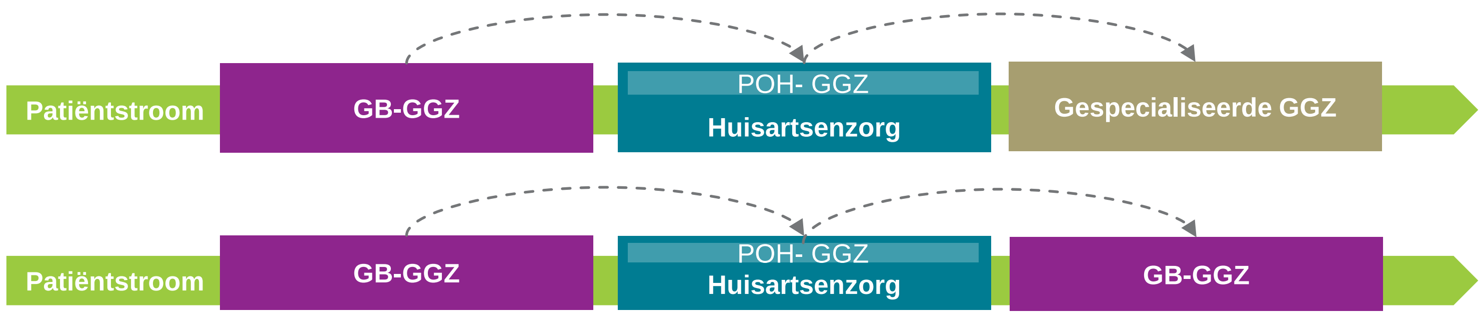
Definitie: *De indicator beschreven in 3.3.2.3 gaat over patiënten die na het sluiten van een product in de GB-GGZ minimaal één consult hebben gehad bij de POH-GGZ en voor wie vervolgens een product geopend is in de GB-GGZ of de gespecialiseerde GGZ. Hierbij wordt 365 dagen vooruit gekeken vanaf het moment van sluiten van het eerste product GB-GGZ. OVP's zijn in deze analyse geëxcludeerd.*

3.3.2.2 Aanbieder van waaruit patiënten verwezen zijn naar de GB-GGZ

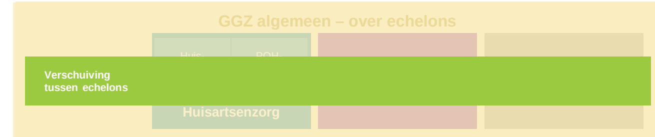
- Zowel in het eerste als het tweede halfjaar van 2014, is 99% van de patiënten voor wie een product geopend is in de GB-GGZ verwezen door de huisarts. In het eerste halfjaar van 2015 is 97% van deze groep patiënten verwezen door de huisarts.

3.3.2.3 Percentage patiënten dat binnen 365 dagen na het sluiten van een product in de GB-GGZ opnieuw zorgt ontvangt

- Deze indicator gaat over het aantal patiënten dat na een product bij de GB-GGZ zorg hebben ontvangen bij de POH-GGZ, maar vervolgens toch weer zorg hebben ontvangen bij de GB-GGZ óf de gespecialiseerde GGZ. Er is gekeken naar patiënten die na het sluiten van een product in de GB-GGZ minimaal één consult hebben gehad bij de POH-GGZ en voor wie vervolgens een product geopend is in de GB-GGZ of de gespecialiseerde GGZ (zie onderstaande figuur).
- Van de patiënten voor wie een product GB-GGZ gesloten is in het eerste halfjaar van 2014, is voor 1,8 % binnen 365 dagen na het sluiten van het product GB-GGZ minimaal één consult gedeclareerd bij de POH-GGZ en vervolgens een product geopend in de GB-GGZ of in de gespecialiseerde GGZ.
- Deze indicator kon alleen berekend worden voor het eerste halfjaar van 2014, omdat 365 dagen vooruit gekeken wordt en data beschikbaar is tot en met juni 2015. Vanwege het lage percentage is besloten geen figuur weer te geven.



De omvang van de blokken geeft niet de verhouding tussen de omvang van de echelons weer; de blokken zijn niet op schaal weergegeven.



__Definitie__: gekeken is in welke echelons patiënten in de 365 dagen voor het openen van het product in de gespecialiseerde GGZ een product open hadden staan of (minimaal 1) consult bij POH-GGZ hadden ontvangen. Voor deze indicator wordt 365 dagen teruggekeken.

Binnen de categorie 'overig' vallen:

- *Patiënten die in het voorgaande jaar alleen zorg ontvingen in de GB-GGZ*
- *Patiënten die zorg ontvingen bij de POH-GGZ en in de GB-GGZ*
- *Patiënten die zorg ontvingen bij de POH-GGZ en de 2e lijn en/of gespecialiseerde GGZ*
- *Patiënten die zorg ontvingen in de GB-GGZ en de 2e lijn en/of gespecialiseerde GGZ*
- *Patiënten die zorg ontvingen in alle drie de echelons.*

3.3.3 Patiëntstromen bezien vanuit de gespecialiseerde GGZ

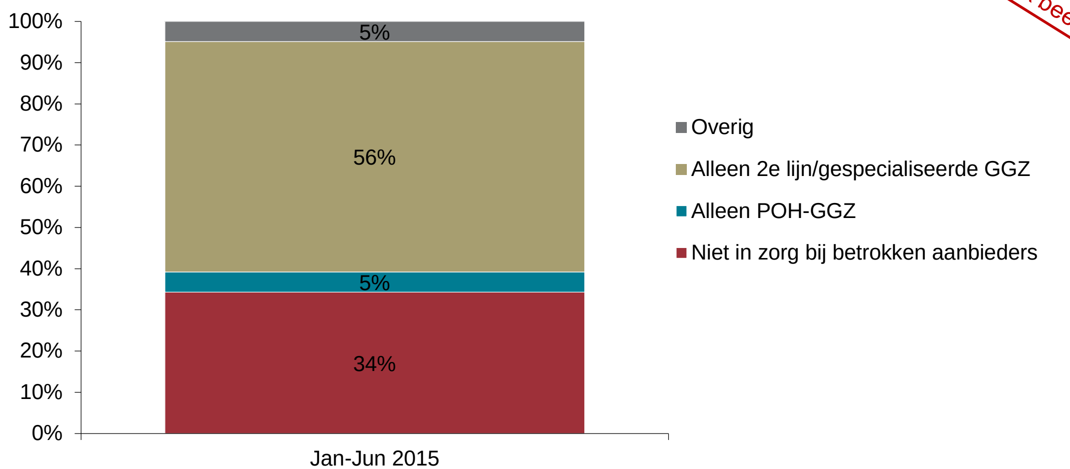
Het kwalitatieve onderzoek laat zien dat de verwachting is dat de afname in de gespecialiseerde GGZ verder door zal zetten, omdat de uitstroom vanuit de gespecialiseerde GGZ naar de GB-GGZ en POH-GGZ nog niet volledig is. Met name voor specifieke doelgroepen (bijvoorbeeld patiënten met een ernstig psychiatrische aandoening) is de uitstroom nog niet volledig op gang gekomen, bijvoorbeeld door twijfel en/of onbekendheid over voldoende expertise in GB-GGZ of bij de POH-GGZ.

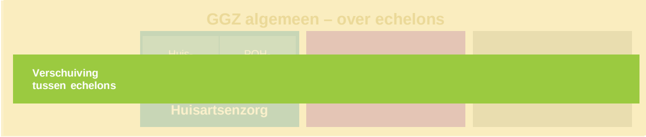
3.3.3.1 Echelon(s) waarin patiënten in de gespecialiseerde GGZ zorg hebben ontvangen in voorgaande jaar

- De meerderheid van de patiënten (56%) voor wie een product is geopend in de gespecialiseerde GGZ in het eerste halfjaar van 2015, ontving in het voorgaande jaar ook zorg in de gespecialiseerde GGZ. Een gedeelte van de patiënten was niet in zorg bij de betrokken aanbieders en een klein deel ontving alleen zorg bij de POH-GGZ. Bij de categorie 'niet in zorg' dient rekening gehouden te worden met het feit dat alleen zorg geleverd door de betrokken aanbieders bij ons bekend is. Het is mogelijk dat de patiënten wel zorg hebben ontvangen, maar niet bij één van de betrokken aanbieders. Voor de POH-GGZ is wel alle geleverde zorg bekend en meegenomen.
- Tussen de drie regio's variëren de percentages enigszins. De categorie 'niet in zorg bij betrokken aanbieders' varieert tussen 33% en 36%, 'alleen POH-GGZ' tussen 3% en 8% en 'alleen 2e lijn/gespecialiseerde GGZ' tussen 50% en 60%. Voor alle drie de regio's geldt dat deze drie categorieën meer dan 94% van het totaal beslaan.

Echelon(s) waarin patiënten in gespecialiseerde GGZ in voorgaande jaar zorg hebben ontvangen bij betrokken aanbieders

Nog geen landelijk beeld





De AGB-code van de aanbieder van waaruit de patiënt wordt verwezen wordt door de instelling ingevuld bij het typeren van de (initiële) DBC. De clustering zoals die hier rechts is weergegeven is afgeleid van de eerste 2 posities van de AGB-code. Een overzicht van de clustering van AGB-codes is opgenomen in bijlage 10.

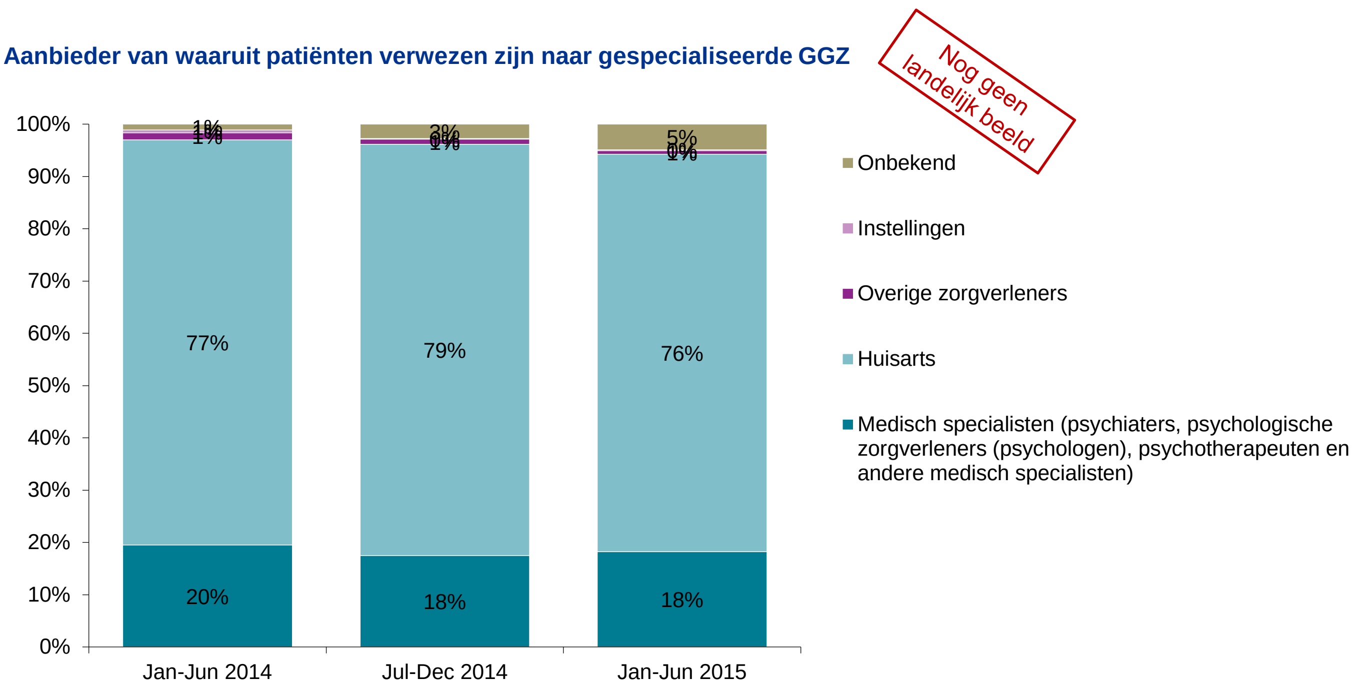
Bij het berekenen van deze indicator is uitgegaan van unieke patiënten, waarvoor een initiële DBC is geopend en gesloten in de verslagperiode. Vervolg DBC's, OVP's en Crisis DBC's zijn hierbij geëxcludeerd. Dit is een afwijking t.o.v. de vorige rapportages, waarin vervolg DBC's nog wel in indicator werden meegenomen.

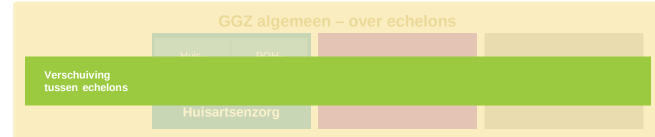
***Definitie:** Onder "overige zorgverleners" vallen alle zorgverleners die niet onder de overige genoemde categorieën van verwijzers vallen. Voorbeelden zijn artsen arbeid en gezondheid/ bedrijfsgeneeskunde, basisartsen, verpleeghuisartsen en verslavingsartsen.*

3.3.3.2 Aanbieder van waaruit patiënten verwezen zijn naar de gespecialiseerde GGZ

- Waar in de GB-GGZ bijna alle patiënten verwezen worden door de huisarts (zie 3.3.2.2), is voor de gespecialiseerde GGZ meer spreiding te zien in verwijzers. De meerderheid van de patiënten wordt naar de gespecialiseerde GGZ verwezen door de huisarts. Daarnaast wordt een relatief grote groep patiënten verwezen door de categorie medisch specialisten (psychiaters, maar ook klinisch geriaters of neurologen), psychologische hulpverleners (psychologen), en andere medisch specialisten). Dit kunnen vrijgevestigde aanbieders zijn, maar ook behandelaren die in een instelling werkzaam zijn. Een klein deel wordt verwezen door overige zorgverleners en instellingen.
- De resultaten over de verschillende meetperioden in 2014 en het eerste halfjaar van 2015 zijn vergelijkbaar.
- Bij één van de drie regio's is een relatief groot gedeelte van de verwijzers onbekend. Bij één van de betrokken aanbieders is voor 9% van de patiënten de verwijzer onbekend, terwijl dit in een andere regio slechts bij 0,02% van de patiënten voorkomt. Het is daarom mogelijk dat de andere categorieën relatief gezien groter zijn dan in deze figuur is aangegeven.

Aanbieder van waaruit patiënten verwezen zijn naar gespecialiseerde GGZ

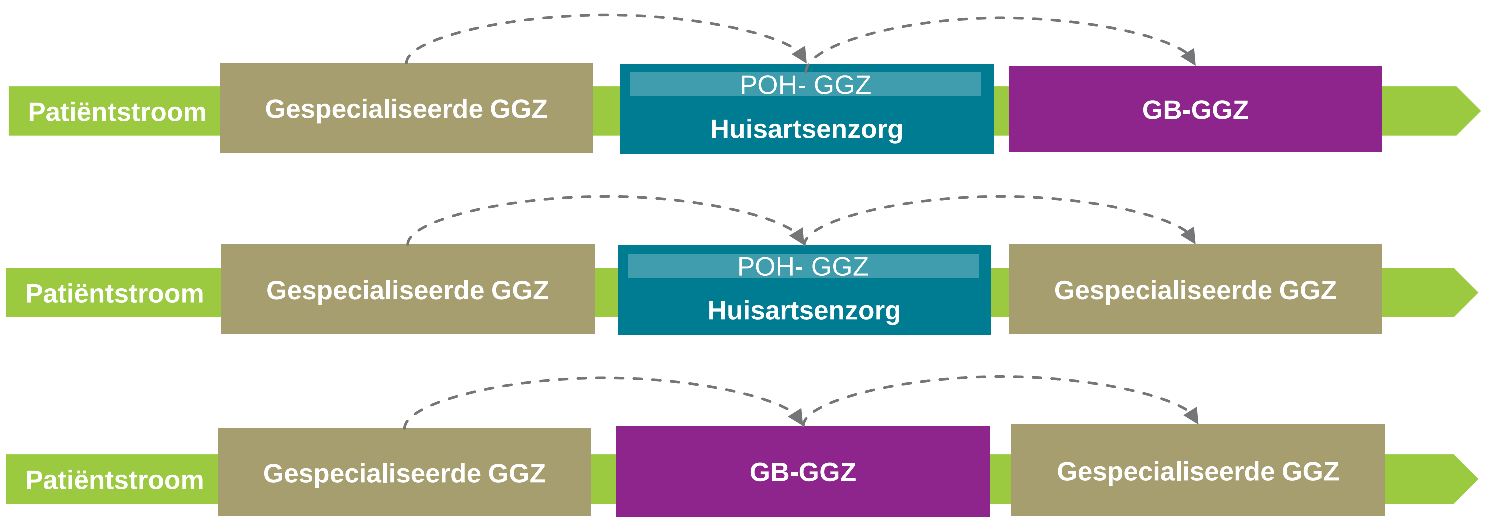




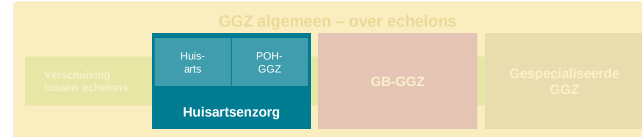
***Definitie**: Deze indicator gaat over patiënten die na het sluiten van een product in de gespecialiseerde GGZ minimaal één consult hebben gehad bij de POH-GGZ en voor wie vervolgens een product geopend is in de GB-GGZ of de gespecialiseerde GGZ. Ook worden in deze indicator patiënten bekeken die na het sluiten van een product in de gespecialiseerde GGZ een product geopend hadden in de GB-GGZ en vervolgens in de gespecialiseerde GGZ. Hierbij wordt 365 dagen vooruit gekeken vanaf het moment van sluiten van het eerste product in de gespecialiseerde GGZ. OVP's zijn in deze analyse geëxcludeerd.*

3.3.3.3 Percentage patiënten dat binnen 365 dagen na het sluiten van een product in de gespecialiseerde GGZ opnieuw zorgt ontvangt

- Er is gekeken naar het aantal patiënten dat na de gespecialiseerde GGZ, zorg heeft ontvangen bij de POH-GGZ óf de GB-GGZ, maar vervolgens toch weer zorg heeft ontvangen in de gespecialiseerde GGZ. Deze indicator gaat over patiënten die na het sluiten van een product in de gespecialiseerde GGZ minimaal één consult hebben gehad bij de POH-GGZ en voor wie vervolgens een product geopend is in de GB-GGZ of de gespecialiseerde GGZ. Ook worden in deze indicator patiënten bekeken die na het sluiten van een product in de gespecialiseerde GGZ een product geopend hadden in de GB-GGZ en vervolgens in de gespecialiseerde GGZ (zie onderstaande figuur). Onderscheid kan gemaakt worden in de volgorde waarin zorg ontvangen. Daarnaast kan onderscheid gemaakt worden in 1) patiënten voor wie een product in de GB-GGZ eerst gesloten wordt, voor een volgend product in de gespecialiseerde GGZ geopend wordt of 2) patiënten voor wie het product nog openstaat bij het openen van het volgende product. In deze indicator worden alle bovengenoemde opties meegenomen (er is geen onderscheid gemaakt tussen de opties).
- Van de patiënten voor wie een product in de gespecialiseerde GGZ gesloten is in het eerste halfjaar van 2014, is binnen 365 dagen na het sluiten van een product, door 1,9% één van de drie onderstaande routes doorlopen.
- Deze indicator kon alleen berekend worden voor het eerste halfjaar van 2014, omdat 365 dagen vooruit gekeken wordt en data beschikbaar is tot en met juni 2015. Vanwege het lage percentage is besloten geen figuur weer te geven.



De omvang van de blokken geeft niet de verhouding tussen de omvang van de echelons weer; de blokken zijn niet op schaal weergegeven.



__Definitie__: Het aantal huisartsen dat een POH-GGZ module declareerde in minimaal één van beide kwartalen van de verslagperiode als percentage van het totale aantal huisartsen dat een inschrijftarief declareerde in dezelfde periode

**Julinummer (2015) van het tijdschrift 'De Dokter': de resultaten van een enquête van de LHV. De enquête is uitgezet onder huisartsen en heeft betrekking op de inzet van de POH-GGZ.*

3.4 Bevindingen per echelon

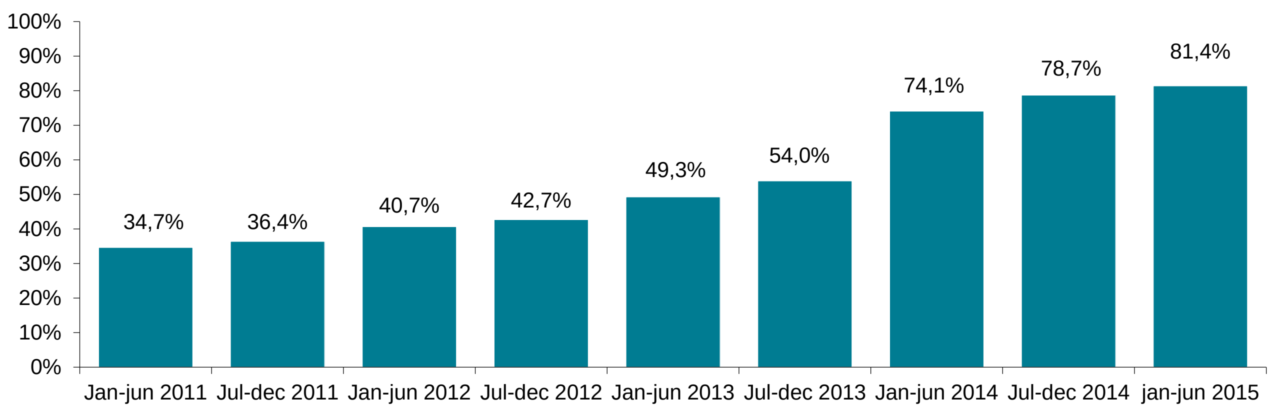
In de volgende paragrafen worden resultaten per echelon weergegeven. Achtereenvolgens komen de echelons huisartsenzorg (inclusief POH-GGZ), GB-GGZ en gespecialiseerde GGZ aan bod.

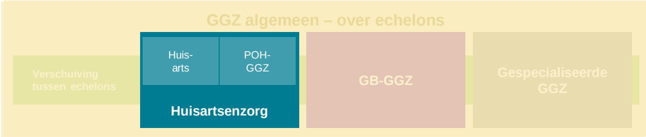
3.4.1 Huisartsenzorg

3.4.1.1 Percentage huisartsen met POH-GGZ

- Het aantal huisartsen met een POH-GGZ neemt toe. Dit verklaart mede de stijging van aantal patiënten in behandeling bij de POH-GGZ (zie 3.2.1.1).
- De figuur hieronder geeft het landelijke beeld weer. In de betrokken regio's (± 751 huisartsen) is het percentage huisartsen met een POH-GGZ voor 2011 en 2012 enkele procentpunten lager dan het landelijke gemiddelde. In 2013 en 2014 is het percentage juist hoger dan landelijk met in het eerste halfjaar van 2014 80% en het tweede halfjaar van 2014 85%. In het eerste halfjaar van 2015 neemt dit percentrage toe naar 88%. Dit kan verklaard worden door het feit dat huisartsen in één van de regio's in eerste instantie zeer weinig gebruik maakten van de POH-GGZ, maar sinds 2013 het merendeel van de huisartsen een POH-GGZ in dienst heeft. In een landelijke enquête van de LHV komt naar voren dat 91% van de huisartsen samenwerkt met een POH-GGZ; in 18% geldt dit voor een periode van korter dan 1 jaar. Er zijn verschillende vormen van dienstverbanden, waarvan het merendeel: in dienst (25%), gedetacheerd vanuit een zorggroep (28%), gedetacheerd vanuit een GGZ-instelling (33%)*.

% Huisartsen met POH GGZ (landelijk)



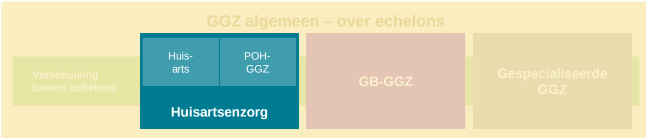


Vanuit het kwalitatieve onderzoek komen de volgende positieve ervaringen met de huisarts en POH-GGZ naar voren:

- De komst van de POH-GGZ maakt het voor patiënten mogelijk om zorg dichterbij huis en laagdrempeliger te ontvangen.
- De komst van de POH-GGZ vergroot in veel gevallen ook de kennis over de GGZ in de huisartsenpraktijk, hierbij is een goede afstemming tussen huisarts en POH-GGZ belangrijk.
- De ervaring is dat er in 2015 specifieker met verwijzingen wordt omgegaan. Doordat de huisarts goed beschrijft wat de verwachtingen zijn bij een verwijzing, wordt er beter nagedacht over verwachtingen en bedoelingen en is kennisoverdracht beter.
- Er is een toename in integraal denken en samenwerking in de keten.

Naast deze positieve ervaringen, volgen uit het kwalitatief onderzoek ook enkele zorgen rondom de huisarts en POH-GGZ:

- De kwalificaties van de POH-GGZ lopen uiteen, zowel wat betreft opleidingsachtergrond als wat betreft behandelervaring. Deelnemende zorgaanbieders in de GB-GGZ en gespecialiseerde GGZ§ vragen zich af of de POH-GGZ voldoende gekwalificeerd is om het vervolgtraject voor een patiënt goed in te schatten. Er zijn diverse initiatieven om dit te verbeteren, zo is er een landelijk functieprofiel POH-GGZ geformuleerd en zijn er kwaliteitseisen vanuit sommige zorgverzekeraars en kwaliteitsgroepen opgesteld. Ook worden er vanuit enkele zorgverzekeraars opleidingseisen gesteld aan de POH-GGZ. Momenteel wordt er een groot verschil ervaren in de eisen die aan de POH-GGZ worden gesteld versus de eisen de gelden voor de GB-GGZ/ gespecialiseerde GGZ.
- De toename van het aantal patiënten dat bij de POH-GGZ wordt behandeld, leidt bij sommige deelnemers aan interviews en focusgroepen tot de vraag of de POH-GGZ wordt overvraagd, zowel in het aantal patiënten dat zij behandelt als in de problematiek die zij behandelt.
- Nog niet alle huisartsen werken met een POH-GGZ. Aangegeven wordt dat deze huisartsen meer doorverwijzen naar de GB-GGZ en de gespecialiseerde GGZ. Hierbij is het de vraag of patiënten die door deze huisartsen verwezen worden wel zorg ontvangen in het echelon dat het best past bij hun problematiek of dat een deel van deze patiënten eigenlijk beter bij een POH-GGZ in zorg zou kunnen zijn.
- De consultatiefunctie tussen de huisarts en POH-GGZ met de gespecialiseerde GGZ is verbeterd, maar wordt nog beperkt ingezet. Het loopt wel beter dan in 2014. Hier is nog ruimte voor verbetering.
- Er komt naar voren dat het nieuwe stelsel veel vraagt van kleine huisartsenpraktijken. Voor grotere praktijken lijkt de nieuwe rol van de huisarts beter in te vullen.



__Definitie:__ het aantal unieke patiënten met consulten geregistreerd met ICPC codes (zie Bijlage 6) voor Psychische symptomen, Psychische stoornissen en Sociale problemen in de betreffende periode.

Data:

- *NIVEL Zorgregistraties eerste lijn*
- *Cijfers zijn gebaseerd op jaarlijkse data aanlevering van 161 tot 274 praktijken (wisselend per jaar)*
- *Populatie at risk is aantal ingeschreven patiënten in de gegevens leverende praktijken.*

Meer informatie: Factsheet Consulten bij de huisarts en de POH-GGZ in verband met psychosociale problematiek. Een analyse van NIVEL Zorgregistraties gegevens van 2010-2014, Tessa Magnée, Derek de Beurs, en Peter Verhaak, NIVEL

* Er zijn geen nieuwe data beschikbaar ten opzichte van de rapportage in juni 2015. Ter volledigheid zijn de resultaten van de rapportage juni 2015 opnieuw opgenomen in deze rapportage.

3.4.1.2 Patiënten met psychische problematiek in de huisartsenpraktijk

- Zoals reeds in de rapportage van juni 2015 getoond*, is in de huisartsenpraktijk het aantal unieke patiënten dat de huisarts en/of de POH-GGZ bezocht voor psychosociale problematiek (Psychische symptomen, Psychische stoornissen en/of Sociale problemen) tussen 2011 en 2013 gestegen van 8,5% naar 9,8% (niet weergegeven in de tabel). Tussen 2013 en 2014 blijft het beeld stabiel. Dit kan verklaard worden door een continue stijging bij de POH-GGZ, het aantal patiënten bij de huisarts geeft een wisselend beeld.

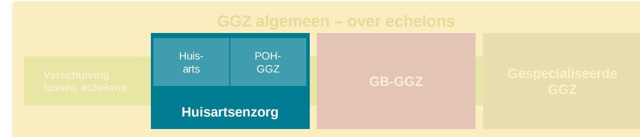
3.4.1.3 Patiënten met psychische problematiek bij de huisarts

- In de huisartsenpraktijk is een constant beeld te zien van het percentage patiënten dat de huisarts heeft geraadpleegd voor psychische symptomen (bijvoorbeeld “angstig gevoel”), psychische stoornissen (bijvoorbeeld “angststoornis”) en voor sociale problemen (bijvoorbeeld “relatieprobleem”).
- De tabel hieronder laat het aantal unieke patiënten zien dat bij de huisarts is geweest voor psychische en/of sociale problematiek in de NIVEL Zorgregistraties eerste lijn. Dit betreft een selectie van praktijken over heel Nederland (en is hiermee dus anders dan de drie regio’s waar de overige data van deze rapportage is gebaseerd).

Gebaseerd op selectie huisartsenpraktijken in Nederland

	Populatie at risk	Unieke patiënten psychische symptomen		Unieke patiënten psychische stoornissen		Unieke patiënten sociale problemen	
		N	%	N	%	N	%
jan-jun 2011	816.927	40.295	4,9%	26.585	3,3%	16.458	2,0%
jul-dec 2011	826.680	41.034	5,0%	26.798	3,2%	16.777	2,0%
jan-jun 2012	519.193	24.176	4,7%	17.514	3,4%	10.758	2,1%
jul-dec 2012	514.830	24.211	4,7%	17.250	3,4%	11.055	2,1%
jan-jun 2013	771.919	39.673	5,1%	27.451	3,6%	17.891	2,3%
jul-dec 2013	769.817	38.739	5,0%	27.082	3,5%	17.513	2,3%
jan- jun 2014	723.039	37.641	5,2%	25.417	3,5%	15.760	2,2%
jul-dec 2014	722.127	36.353	5,0%	25.160	3,5%	15.581	2,2%

Deze pagina is opgesteld in samenwerking met NIVEL.



Definitie: *het aantal unieke patiënten met consulten geregistreerd met ICPC codes (zie Bijlage 6) voor Psychische symptomen, Psychische stoornissen en Sociale problemen in de betreffende periode.*

Data:

- *NIVEL Zorgregistraties eerste lijn*
- *Cijfers zijn gebaseerd op jaarlijkse data aanlevering van 161 tot 274 praktijken (wisselend per jaar)*
- *Populatie at risk is aantal ingeschreven patiënten in de gegevens leverende praktijken.*

Meer informatie: Factsheet Consulten bij de huisarts en de POH-GGZ in verband met psychosociale problematiek. Een analyse van NIVEL Zorgregistraties gegevens van 2010-2014, Tessa Magnée, Derek de Beurs, en Peter Verhaak, NIVEL

* Er zijn geen nieuwe data beschikbaar ten opzichte van de rapportage in juni 2015. Ter volledigheid zijn de resultaten van de rapportage juni 2015 opnieuw opgenomen in deze rapportage.

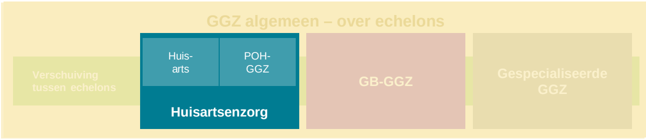
3.4.1.4 Patiënten met psychische problematiek bij de POH-GGZ

- Zoals reeds in de rapportage van juni 2015 getoond*, is bij de POH-GGZ in huisartsenpraktijk tussen 2011 en 2014 een toename te zien van het percentage patiënten dat de POH-GGZ heeft geraadpleegd voor psychische symptomen, psychische stoornissen en voor sociale problemen.
- De tabel hieronder laat het aantal unieke patiënten zien dat bij de POH-GGZ in de huisartsenpraktijk is geweest voor psychische en/of sociale problematiek in de NIVEL Zorgregistraties eerste lijn. Dit betreft een selectie van praktijken over heel Nederland (en is hiermee dus anders dan de drie regio's waar de overige data van deze rapportage is gebaseerd).

Gebaseerd op selectie huisartsenpraktijken in Nederland

	Populatie at risk	Unieke patiënten psychische symptomen		Unieke patiënten psychische stoornissen		Unieke patiënten sociale problemen	
		N	%	N	%	N	%
jan-jun 2011	816.927	1.773	0,2%	1.434	0,2%	807	0,1%
jul-dec 2011	826.680	1.947	0,2%	1.610	0,2%	923	0,1%
jan-jun 2012	519.193	1.276	0,2%	1.098	0,2%	709	0,1%
jul-dec 2012	514.830	1.435	0,3%	1.201	0,2%	788	0,2%
jan-jun 2013	771.919	2.856	0,4%	2.482	0,3%	1.630	0,2%
jul-dec 2013	769.817	3.243	0,4%	2.862	0,4%	1.873	0,2%
jan- jun 2014	723.039	4.899	0,7%	4.052	0,6%	2.404	0,3%
jul-dec 2014	722.127	5.732	0,8%	4.604	0,6%	2.795	0,4%

Deze pagina is opgesteld in samenwerking met NIVEL.



Definities: *behandelkosten betreffen de kosten voor consulten voor psychische symptomen, psychische stoornissen en sociale problemen*

Data:

- *NIVEL Zorgregistraties eerste lijn*
- *Cijfers zijn gebaseerd op jaarlijkse data aanlevering van 161 tot 274 praktijken (wisselend per jaar)*
- *Populatie at risk is aantal ingeschreven patiënten in de gegevens leverende praktijken.*

Meer informatie: Factsheet Consulten bij de huisarts en de POH-GGZ in verband met psychosociale problematiek. Een analyse van NIVEL Zorgregistraties gegevens van 2010-2014, Tessa Magnée, Derek de Beurs, en Peter Verhaak, NIVEL

* Er zijn geen nieuwe data beschikbaar ten opzichte van de rapportage in juni 2015. Ter volledigheid zijn de resultaten van de rapportage juni 2015 opnieuw opgenomen in deze rapportage.

3.4.1.5 Behandelkosten bij de huisarts voor psychische problematiek

- Zoals reeds in de rapportage van juni 2015 getoond*, fluctueren in de huisartsenpraktijk fluctueren de kosten van de huisartsenzorg voor psychische symptomen, psychische stoornissen en voor sociale problemen voor de totale zorg voor ingeschreven patiënten in de huisartsenpraktijken die onderdeel uitmaken van de studie.
- De kosten per ingeschreven patiënt fluctueren tussen 2011 en 2014, waarbij er tussen 2013 en 2014 een daling in de kosten per ingeschreven patiënt zichtbaar is.
- De tabel hieronder laat de kosten zien van huisartsenzorg voor patiënten voor psychische en/of sociale problematiek in de NIVEL Zorgregistraties eerste lijn. Dit betreft een selectie van praktijken over heel Nederland (en is hiermee dus anders dan de drie regio's waar de overige data van deze rapportage is gebaseerd).

Gebaseerd op selectie huisartsenpraktijken in Nederland

	Populatie at risk	Kosten voor consulten psychische symptomen		Kosten voor consulten psychische stoornissen		Kosten voor consulten sociale problemen	
		EUR	Per ingeschreven patiënt	EUR	Per ingeschreven patiënt	EUR	Per ingeschreven patiënt
jan-jun 2011	816.927	€ 751.418	€ 0,9	€ 638.668	€ 0,8	€ 325.865	€ 0,4
jul-dec 2011	826.680	€ 759.532	€ 0,9	€ 636.217	€ 0,8	€ 333.901	€ 0,4
jan-jun 2012	519.193	€ 445.695	€ 0,9	€ 420.120	€ 0,8	€ 220.811	€ 0,4
jul-dec 2012	514.830	€ 441.410	€ 0,9	€ 407.948	€ 0,8	€ 222.144	€ 0,4
jan-jun 2013	771.919	€ 767.107	€ 1,0	€ 672.002	€ 0,9	€ 362.025	€ 0,5
jul-dec 2013	769.817	€ 740.878	€ 1,0	€ 664.454	€ 0,9	€ 352.800	€ 0,5
jan- jun 2014	723.039	€ 701.043	€ 1,0	€ 602.733	€ 0,8	€ 303.066	€ 0,4
jul-dec 2014	722.127	€ 674.709	€ 0,9	€ 585.186	€ 0,8	€ 297.701	€ 0,4

Deze pagina is opgesteld in samenwerking met NIVEL.

__Definities:__ behandelkosten betreffen de kosten voor consulten voor psychische symptomen, psychische stoornissen en sociale problemen. Inschrijftarieven zijn hierin niet meegenomen.

Data:

- *NIVEL Zorgregistraties eerste lijn*
- *Cijfers zijn gebaseerd op jaarlijkse data aanlevering van 161 tot 274 praktijken (wisselend per jaar)*
- *Populatie at risk is aantal ingeschreven patiënten in de gegevens leverende praktijken.*

Meer informatie: Factsheet Consulten bij de huisarts en de POH-GGZ in verband met psychosociale problematiek. Een analyse van NIVEL Zorgregistraties gegevens van 2010-2014, Tessa Magnée, Derek de Beurs, en Peter Verhaak, NIVEL

*Er zijn geen nieuwe data beschikbaar ten opzichte van de rapportage in juni 2015. Ter volledigheid zijn de resultaten van de rapportage juni 2015 opnieuw opgenomen in deze rapportage.

3.4.1.6 Behandelkosten bij de POH-GGZ voor psychische problematiek

- Zoals reeds in de rapportage van juni 2015 getoond*, is in de huisartsenpraktijk is een toename te zien in de kosten van de POH-GGZ voor psychische symptomen, psychische stoornissen en voor sociale problemen voor de totale zorg voor ingeschreven patiënten in de huisartsenpraktijken die onderdeel uitmaken van de studie.
- De kosten per ingeschreven patiënt nemen tussen 2011 en 2014 toe.
- De tabel hieronder laat de kosten zien van POH-GGZ zorg voor patiënten voor psychische en/of sociale problematiek in de NIVEL Zorgregistraties eerste lijn. Dit betreft een selectie van praktijken over heel Nederland (en is hiermee dus anders dan de drie regio's waar de overige data van deze rapportage is gebaseerd).

Gebaseerd op selectie huisartsenpraktijken in Nederland

	Populatie at risk	Kosten voor consulten psychische symptomen		Kosten voor consulten psychische stoornissen		Kosten voor consulten sociale problemen	
		EUR	Per ingeschreven patiënt	EUR	Per ingeschreven patiënt	EUR	Per ingeschreven patiënt
jan-jun 2011	816.927	€ 73.482	€ 0,1	€ 63.131	€ 0,1	€ 33.371	€ 0,0
jul-dec 2011	826.680	€ 80.962	€ 0,1	€ 70.417	€ 0,1	€ 39.288	€ 0,0
jan-jun 2012	519.193	€ 53.481	€ 0,1	€ 52.351	€ 0,1	€ 29.488	€ 0,1
jul-dec 2012	514.830	€ 59.176	€ 0,1	€ 53.228	€ 0,1	€ 32.634	€ 0,1
jan-jun 2013	771.919	€ 122.302	€ 0,2	€ 119.739	€ 0,2	€ 72.017	€ 0,1
jul-dec 2013	769.817	€ 143.049	€ 0,2	€ 141.679	€ 0,2	€ 80.533	€ 0,1
jan- jun 2014	723.039	€ 216.549	€ 0,3	€ 191.653	€ 0,3	€ 106.139	€ 0,1
jul-dec 2014	722.127	€ 253.983	€ 0,4	€ 220.856	€ 0,3	€ 124.549	€ 0,2

__Definitie__: deze verdeling is gemaakt op basis van aantal producten binnen de GB-GGZ.

Bij nog niet gesloten producten (27% voor het tweede halfjaar 2014, 75% voor het eerste halfjaar 2015), is het ingevulde verwachte product als uitgangspunt genomen. Voor 1 % van de producten in het tweede halfjaar 2014 en 5% in het eerste halfjaar van 2015 is het verwachte product niet gevuld, vandaar dat ook een gedeelte op onbekend staat.

Toelichting stippellijn:

Bij deze indicator verwachten we nog verschuiving als meer producten gesloten zijn. Dit is aangegeven in de figuur door middel van een stippellijn.

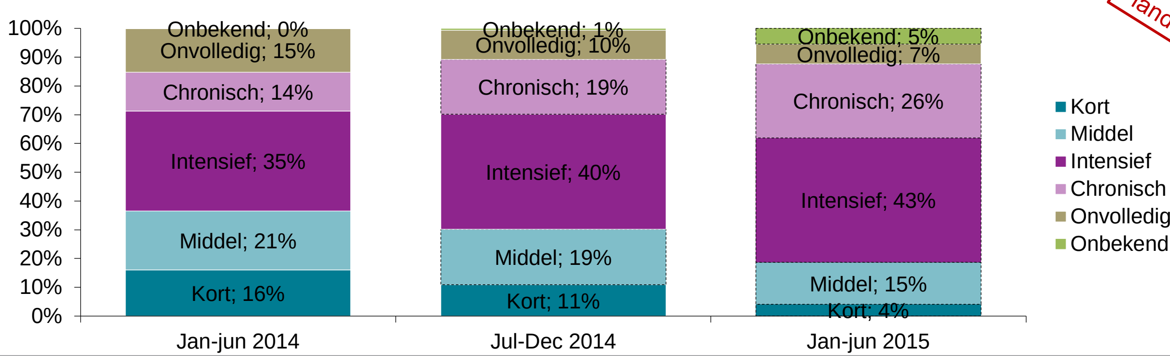
3.4.2 GB-GGZ

3.4.2.1 Verdeling van producten binnen de GB-GGZ

- Hieronder is de verdeling van producten binnen de GB-GGZ weergegeven voor de betrokken aanbieders in de regio's. Mogelijk is de getoonde verdeling van producten niet representatief voor de volledige GB-GGZ, omdat de vrijgevestigde praktijken niet zijn meegenomen.
- Bovendien is het mogelijk dat het type nog wijzigt van producten die nog niet gesloten zijn (zie verder 3.4.2.2). Ten opzichte van de vorige rapportage is de verschuiving voor het tweede halfjaar 2014 beperkt. De volgende rapportage kan een nog vollediger beeld schetsen.
- Bij het vergelijken van het tweede halfjaar van 2014 en het eerste halfjaar van 2015 valt op dat het aandeel van producten Kort en Onvolledig behandeltraject kleiner wordt, en het aandeel producten Intensief en Chronisch toeneemt. Dit is conform verwachting, zoals beschreven in de vorige rapportage. De productgroep Intensief komt in alle drie de verslagperiodes het meest voor.
- De productgroep Onvolledig behandeltraject bevat alle zorg waarvoor geen product beschikbaar is. Dit kan voorkomen wanneer er geen sprake blijkt te zijn van een DSM IV diagnose, wanneer het een patiënt betreft die overgaat van het oude EPZ systeem naar het nieuwe GB-GGZ systeem (dit geldt alleen voor 2014, zie bijlage 6) en wanneer de problematiek te zwaar is om binnen de GB-GGZ behandeld te worden. Het percentage producten Onvolledig behandeltraject is afgenomen in 2015, doordat er vanaf 2015 geen overgangsfase meer is voor patiënten uit de EPZ systematiek.

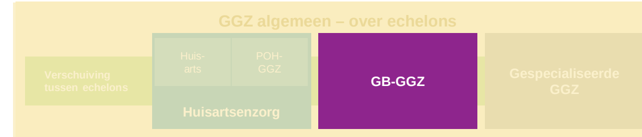
% Verdeling van aantal producten binnen de GB-GGZ bij betrokken aanbieders

Nog geen landelijk beeld



3. Bevindingen

3.4 Bevindingen per echelon



***Definitie**: het percentage patiënten waarvoor het verwachte product anders is dan het definitieve product ten opzichte van alle patiënten waarvoor een product is geopend in de verslagperiode.*

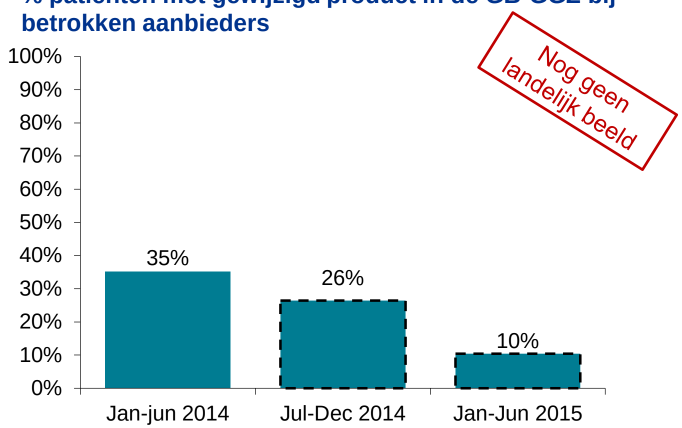
Toelichting stippellijn:

Bij deze indicator verwachten we nog verschuiving als meer producten gesloten zijn. Dit is aangegeven in de figuur door middel van een stippellijn.

3.4.2.2 Percentage patiënten met gewijzigd product

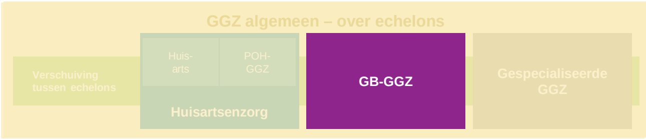
- In onderstaande figuur is weergegeven hoe vaak voor een patiënt het verwachte product anders is dan het definitieve product. De tabel onder aan deze pagina geeft aan hoeveel producten van een bepaald type verwacht waren en hoe deze gesloten zijn voor het eerste en tweede halfjaar van 2014 en het eerste halfjaar van 2015.
- Uit de gegevens blijkt dat voor alle meetperioden de meeste producten worden gesloten, zoals vooraf werd verwacht.
- Voor het eerste halfjaar van 2014 is 99% van de producten in de GB-GGZ gesloten; voor het tweede halfjaar van 2014 73% en voor het eerste halfjaar van 2015 is 25% van de producten gesloten. Vooral voor het eerste halfjaar van 2015 is er vooralsnog sprake van een onderschatting. In een volgende rapportage kan voor deze periode vollediger beeld worden geschetst.
- De tabel laat zien dat hoewel het product Intensief het vaakst voorkomt in alle meetperioden (zie ook 3.4.2.1), producten Kort relatief gezien het vaakst gewijzigd worden. In 46% van de gevallen wordt een verwacht product Kort anders gesloten, waarbij het product meestal als Onvolledig behandeltraject gesloten wordt. Andersom geldt ook dat voor de producten die als kort zijn gesloten, het vaakst vooraf een ander product werd verwacht (in 76% procent van de gevallen werd een ander product verwacht). Ook de producten Middel en Intensief worden relatief vaak anders gesloten dan verwacht, respectievelijk in 33% en 25% van de gevallen. Het product volledig buiten beschouwing latend dan wordt het definitieve product vaker lichter dan zwaarder gesloten dan vooraf werd verwacht. Betrokken aanbieders geven aan dat het verwachte product soms overschreven wordt als de verwachting verandert. Dit betekent dat niet met zekerheid vaststaat dat het verwachte product ook het product is dat in eerste instantie als verwacht product is aangemerkt.

% patiënten met gewijzigd product in de GB-GGZ bij betrokken aanbieders



Verwacht versus definitief product jan 2014-jun 2015

verwacht product	definitief product: Kort	Middel	Intensief	Chronisch	Onvolledig	Totaal
Kort	266	22	7	0	201	496
Middel	292	1.307	88	0	276	1.963
Intensief	448	548	4.090	8	337	5.431
Chronisch	99	86	53	2.138	68	2.444
Onvolledig	3	1	0	0	287	291
Totaal	1.108	1.964	4.238	2.146	1.169	10.625



__Definitie__: het percentage patiënten waarvoor een product is afgesloten met afsluitreden te licht/ te zwaar ten opzichte van alle patiënten waarvoor een product is geopend in de verslagperiode.

De volledige benaming van de afsluitredenen is als volgt:

- *Te licht: "Patiëntprofiel patiënt voldoet niet aan patiëntprofiel GB-GGZ (geen DSM-stoornis)"*
- *Te zwaar: "Patiëntprofiel te zwaar voor patiëntprofiel GB-GGZ"*

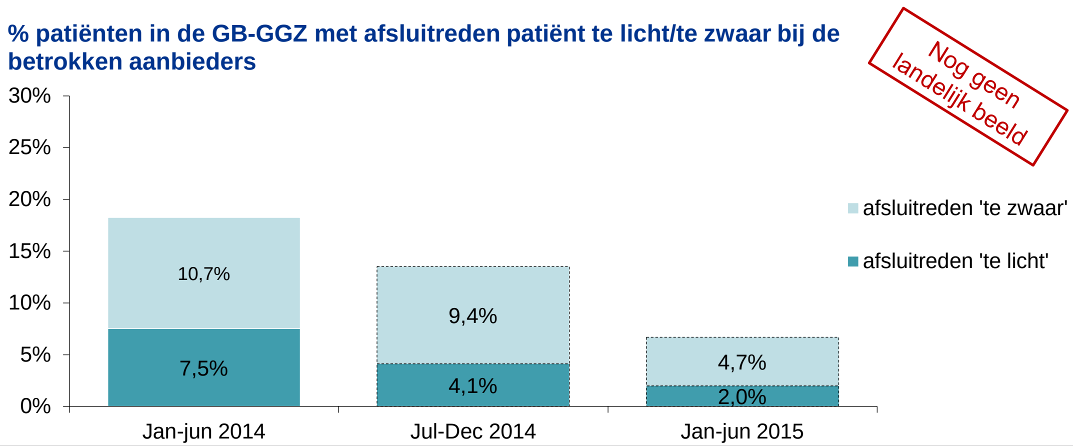
Toelichting stippellijn:

Bij deze indicator verwachten we nog verschuiving als meer producten gesloten zijn. Dit is aangegeven in de figuur door middel van een stippellijn.

3.4.2.3 Percentage patiënten in GB-GGZ afgesloten met afsluitreden patiënt te licht/te zwaar

- De figuur hieronder laat het percentage patiënten zien dat in de GB-GGZ een product had dat is afgesloten met als afsluitreden dat de patiënt te licht dan wel te zwaar is. Voor het tweede halfjaar van 2014 en het eerste halfjaar van 2015 is er sprake van een onderschatting, omdat nog niet alle producten gesloten zijn. In vergelijking met de cijfers van de vorige rapportages zijn er nauwelijks verschuivingen zichtbaar; voor het tweede halfjaar zijn de percentages licht gestegen (toen waren de cijfers 3,6% te licht en 7,9% te zwaar). De verschuiving is in lijn met de verwachting dat producten voor patiënten die op de verkeerde plek zijn beland relatief snel worden afgesloten.
- Het merendeel van de producten dat afgesloten wordt vanwege patiënt te licht/ te zwaar betreft producten Onvolledig behandeltraject (gemiddeld 53% voor beide meetperioden in 2014 en het eerste halfjaar van 2015). Dit is te verwachten, het is immers één van de redenen voor invoering van het product Onvolledig behandeltraject (zie verder bijlage 6). De producten Intensief, Kort, Middel en Chronisch betroffen gemiddeld genomen respectievelijk 21%, 19%, 8% en 3% van alle producten die de afsluitredenen te licht of te zwaar hadden.
- Tussen de drie regio's zijn grote verschillen te zien. Voor twee regio's ligt het percentage patiënten waarvan minimaal product afgesloten is met de reden te licht/te zwaar in het eerste halfjaar van 2015 rond de 9%; voor de derde regio ligt het percentage rond de 4%.

% patiënten in de GB-GGZ met afsluitreden patiënt te licht/te zwaar bij de betrokken aanbieders



***Definitie**: Voor alle gesloten producten in de GB-GGZ geeft deze figuur de spreiding weer in het aantal minuten per type.*

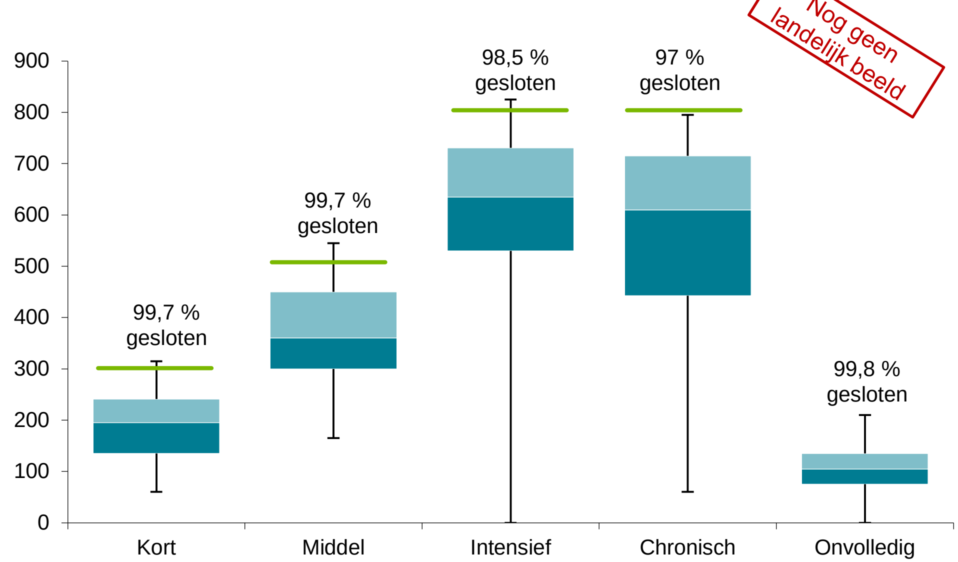
Het onderste streepje geeft het 5e percentiel (p05-waarde) aan. 5% van de data bevindt zich onder deze waarde of is er gelijk aan en 95% van de data bevindt zich boven deze p05-waarde. Het bovenste streepje is het 95e percentiel. Het blauwe blok begint bij het 25e percentiel en eindigt bij de het 75e percentiel. De mediaan is de grens tussen donker- en lichtblauw.

In de figuur is met de groene lijn weergegeven op welk aantal minuten dit product gebaseerd is (volgens het HHM rapport).

3.4.2.4 Verdeling van aantal minuten per product

- De figuur hieronder laat de spreiding zien in aantal minuten dat per type product besteed is van alle gesloten producten die geopend zijn in het eerste halfjaar van 2014. Opvallend is dat het beeld nauwelijks wijzigt ten opzichte van de vorige rapportage, terwijl wel veel meer producten gesloten zijn.
- Nog openstaande producten zijn in deze analyse niet meegenomen. Bij openstaande producten staat immers nog niet vast of het product ook als hetzelfde type gesloten zal worden (zie verder 3.4.2.2). De percentages gesloten producten zijn opgenomen in de figuur. In absolute aantallen is de figuur gebaseerd op 579 producten Kort, 750 producten Middel, 1.225 producten Intensief, 483 producten Chronisch en 555 producten Onvolledig behandeltraject.
- De spreiding in Chronische producten is groter dan bij de andere producten. Mogelijk komt dit doordat er bij dit type product veel variatie zit in de doelgroep waarvoor deze ingezet wordt, bijvoorbeeld ook als vervolg of naast een product Kort, Middel of Intensief of voor patiënten die alleen voor medicatiecontacten komen. Dit kan tevens het verschil in mediaan verklaren tussen het eerste en het tweede halfjaar (zie volgende pagina) bij het product Chronisch.

Gemiddeld aantal minuten per product GB-GGZ jan-jun 2014



***Definitie**: Voor alle gesloten producten in de GB-GGZ geeft deze figuur de spreiding weer in het aantal minuten per type.*

Het onderste streepje geeft het 5e percentiel (p05-waarde) aan. 5% van de data bevindt zich onder deze waarde of is er gelijk aan en 95% van de data bevindt zich boven de waarde. Het bovenste streepje is het 95e percentiel. Het blauwe blok begint bij het 25e percentiel en eindigt bij de het 75e percentiel. De mediaan is de grens tussen donker- en lichtblauw.

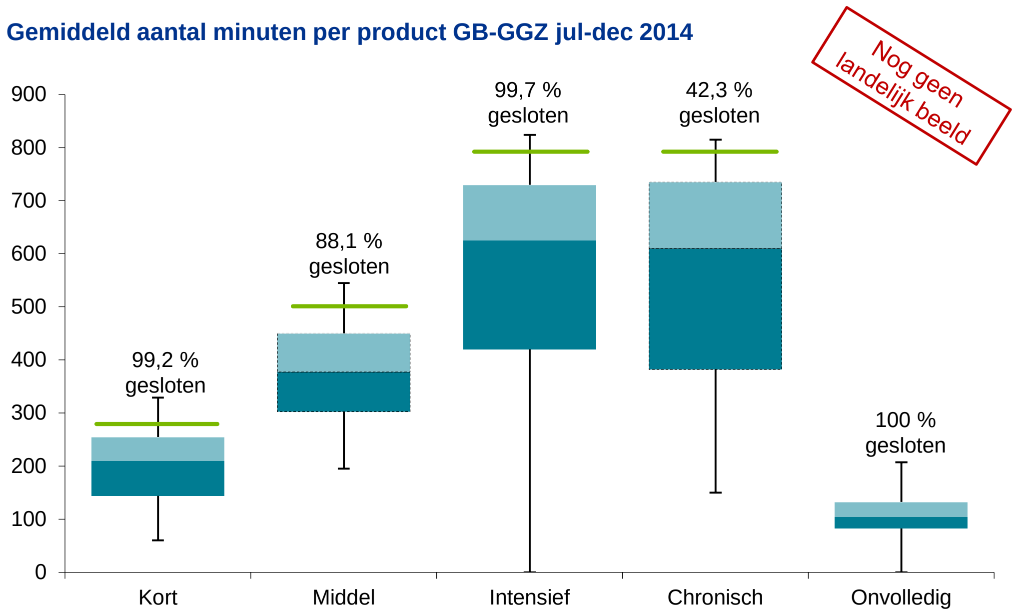
In de figuur is met de groene lijn weergegeven op welk aantal minuten dit product gebaseerd is (volgens het HHM rapport).

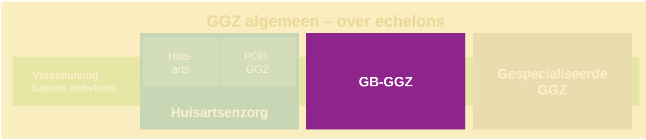
Toelichting stippellijn:

Bij deze indicator verwachten we nog verschuiving als meer producten gesloten zijn. Dit is aangegeven in de figuur door middel van een stippellijn.

- De figuur hieronder laat de spreiding zien in aantal minuten dat per type product besteed is van alle gesloten producten die geopend zijn in het tweede halfjaar van 2014. Nog openstaande producten zijn in deze analyse niet meegenomen.
- Voor alle producten is het beeld vergelijkbaar met het beeld uit de vorige rapportage. Het sluiten van meer producten heeft dus nauwelijks invloed gehad op de resultaten. Vooral bij het product Chronisch kan het beeld nog wijzigen, omdat de meeste producten nog niet zijn gesloten. Ditzelfde geldt, in mindere mate, voor het product Middel.
- Het gemiddeld aantal minuten per product is in het eerste en tweede halfjaar van 2014 voor alle producten vergelijkbaar.
- De figuur is gebaseerd op 365 producten Kort, 563 producten Middel, 881 producten Intensief, 267 producten Chronisch en 343 producten Onvolledig behandeltraject.

Gemiddeld aantal minuten per product GB-GGZ jul-dec 2014





***Definitie**: Voor alle gesloten producten in de GB-GGZ geeft deze figuur de spreiding weer in het aantal minuten per type.*

Het onderste streepje geeft het 5e percentiel (p05-waarde) aan. 5% van de data bevindt zich onder deze waarde of is er gelijk aan en 95% van de data bevindt zich boven de waarde. Het bovenste streepje is het 95e percentiel. Het blauwe blok begint bij het 25e percentiel en eindigt bij de het 75e percentiel. De mediaan is de grens tussen donker- en lichtblauw.

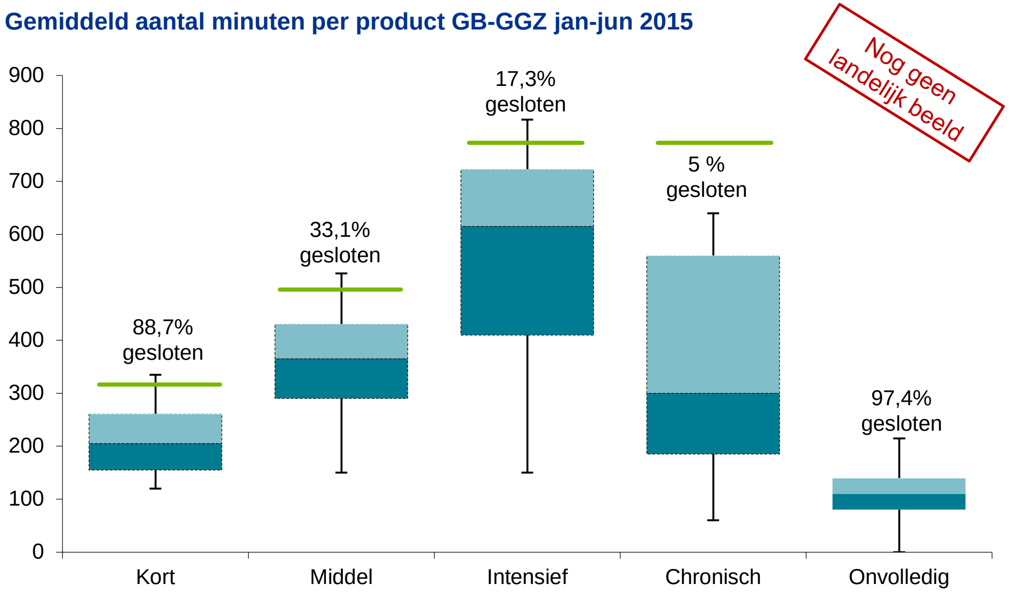
In de figuur is met de groene lijn weergegeven op welk aantal minuten dit product gebaseerd is (volgens het HHM rapport).

Toelichting stippellijn:

Bij deze indicator verwachten we nog verschuiving als meer producten gesloten zijn. Dit is aangegeven in de figuur door middel van een stippellijn.

- De figuur hieronder laat de spreiding zien in aantal minuten dat per type product besteed is van alle gesloten producten die geopend zijn in het eerste halfjaar van 2015. Nog openstaande producten zijn in deze analyse niet meegenomen.
- Aangezien nog niet alle producten gesloten zijn, kan het beeld nog wijzigen. Het is de verwachting dat het aantal minuten dan naar boven wordt bijgesteld aangezien producten die langer openstaan waarschijnlijk ook meer minuten bevatten. Dit geldt met name voor producten Middel, Intensief en Chronisch, omdat daar het grootste gedeelte van de producten nog niet gesloten is. Hieraan kunnen dus nog geen conclusies worden verbonden.
- De figuur is gebaseerd op 147 producten Kort, 189 producten Middel, 303 producten Intensief, 51 producten Chronisch en 273 producten Onvolledig behandeltraject.
- Het gemiddeld aantal minuten per product is tussen het eerste halfjaar van 2015 en tweede halfjaar van 2014 vergelijkbaar. Alleen het gemiddeld aantal minuten voor het product Chronisch is in het eerste halfjaar van 2015 (300 minuten) lager dan in het eerste halfjaar (gemiddeld 615 minuten). Dit is mogelijk een gevolg van een onderschatting van het gemiddeld aantal minuten voor het product Chronisch, omdat slechts 5 % van de producten zijn gesloten.

Gemiddeld aantal minuten per product GB-GGZ jan-jun 2015



3. Bevindingen

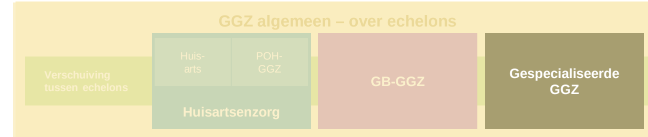
3.4 Bevindingen per echelon

Vanuit het kwalitatieve onderzoek komen de volgende positieve ervaringen met de GB-GGZ naar voren:

- Het werken met producten in de GB-GGZ draagt eraan bij dat er gerichter en realistischer wordt behandeld dan in de EPZ.
- De professionalisering van de sector, zoals de ontwikkeling van kwaliteitsbevorderende instanties als de stichting basiskwaliteit GGZ.

Naast deze positieve ervaringen, volgen uit het kwalitatief onderzoek ook enkele zorgen rondom de GB-GGZ:

- De consultatiefunctie tussen de GB-GGZ en de gespecialiseerde GGZ kan verder op gang gebracht worden. Hierdoor zouden meer patiënten die nu in de gespecialiseerde GGZ behandeld worden, in de GB-GGZ behandeld kunnen worden.
- Sommige patiënten lopen een grotere kans om tussen wal en schip te vallen, doordat zij niet binnen de producten van de GB-GGZ vallen. Dit geldt bijvoorbeeld voor mensen met een verstandelijke beperking, ouderenproblematiek of interculturele doelgroepen. Het product chronisch blijkt voor aanbieders en zorgverzekeraars lastig te duiden binnen de GB-GGZ. De chronische doelgroep wordt veelal nog in de gespecialiseerde GGZ behandeld. Hierbij zijn er verschillen tussen instellingen en vrijgevestigden die GB-GGZ aanbieden. Bij de instellingen neemt het aantal patiënten met een product chronisch toe. Het betreft vooral de 'lichtere' patiënten, voor de meer ingewikkelde chronische patiënten, zoals de EPA-doelgroep, moet het aanbod nog deels ontwikkeld worden.
- Zorgaanbieders en vrijgevestigden geven in het kwalitatief onderzoek aan dat de keuze voor producten vaak niet zozeer bepaald wordt op basis van patiëntprofielen, maar beïnvloed worden door aantal minuten zorg, omzetplafonds en productmix eisen vanuit enkele zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars verschillen in de eisen die zij stellen, sommige zorgverzekeraars hanteren geen omzetplafonds of productmix eisen. Ook zijn er verschillen tussen eisen aan aanbieders en vrijgevestigden.
- Protocollair werken: om protocollair en evidence-based te kunnen werken zijn volgens deelnemende zorgaanbieders meer minuten nodig dan de producten bieden. Dit wordt ook door zorgverzekeraars herkend.
- De eisen aan beroepenmix binnen producten werkt voor sommige zorgaanbieders belemmerend. Hierbij wordt aangegeven dat de eisen die binnen producten worden gesteld ten aanzien van samenwerking met bijvoorbeeld een psychiater belemmerend werken voor de flexibiliteit en niet leiden tot inhoudelijk gedreven inzet bij behandelingen.
- De GB-GGZ gaat uit van een DSM-classificatie. Deze harde eis wordt in sommige gevallen als te rigide ervaren. Mensen een hoge lijdensdruk maar geen DSM-classificatie kunnen forse problemen hebben, maar niet voor verzekerde zorg in de GB-GGZ terecht. Dit kan matched care in de weg staan. Dit punt raakt een bredere discussie over keuze van zorgverzekeraars wat wel/ niet te vergoeden in de GGZ.
- Er zijn zorgen geuit over de toereikendheid van producten voor specifieke doelgroepen. Voorbeelden van deze doelgroepen zijn, waaronder patiënten met persoonlijkheidstoornissen, mensen met een verstandelijke beperking en patiënten met co-morbiditeit of cosyndromaliteit. Aangegeven wordt dat voor deze doelgroepen over het algemeen een langere behandeling behoeven dan binnen de GB-GGZ producten mogelijk is.



***Definitie**: van alle patiënten waarvoor in de verslagperiode een DBC is geopend geeft deze indicator het percentage patiënten met een DBC < 800 minuten. Hieruit zijn de volgende DBC's uitgesloten:*

- *DBC's met een verblijfscomponent*
- *Vervolg DBC's*
- *Diagnostiek DBC's*
- *Crisis DBC's*
- *patiënten waarvoor binnen 1 maand na sluiten van de DBC een nieuwe DBC wordt geopend met dezelfde diagnose*

Toelichting stippellijn:

Bij deze indicator verwachten we nog verschuiving als meer DBC's gesloten zijn. Dit is aangegeven in de figuur door middel van een stippellijn.

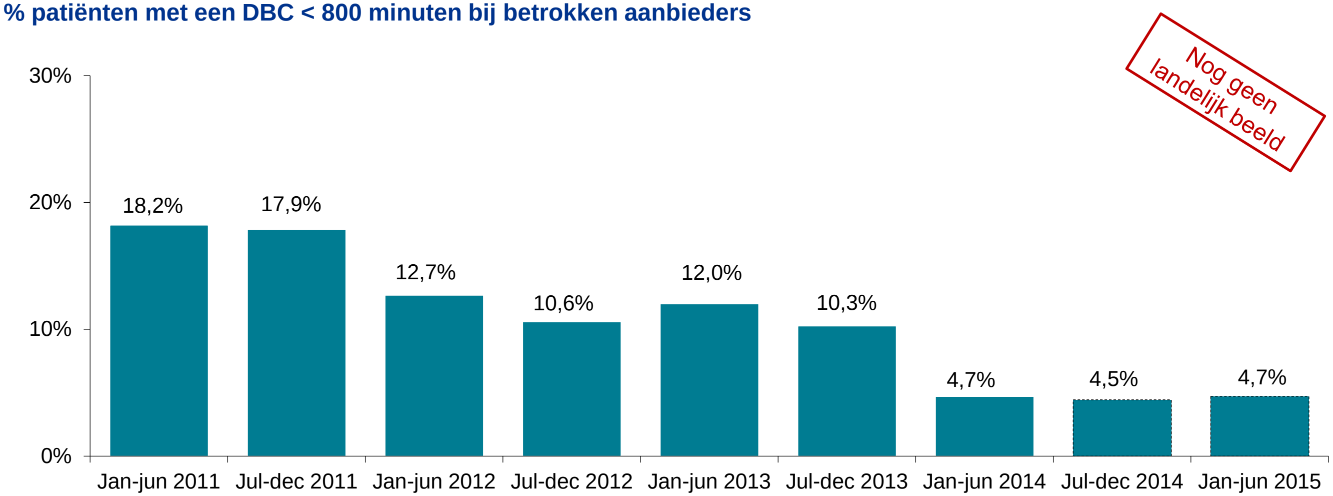
3.4.3 Gespecialiseerde GGZ

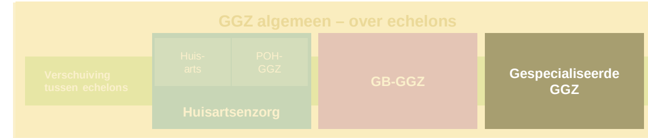
De volgende indicatoren gaan dieper in op de gespecialiseerde GGZ.

3.4.3.1 Percentage patiënten met een DBC < 800 minuten

- Onderstaande figuur laat het percentage patiënten zien met een DBC<800 minuten (voor definitie en exclusiecriteria, zie hiernaast). De indicator geeft een onderschatting voor het tweede halfjaar van 2014 en het eerste halfjaar van 2015, want deze indicator kan alleen bepaald worden voor gesloten DBC's. Voor deze periodes geldt dat op moment van data aanlevering respectievelijk 72% en 25% van de DBC's gesloten was.
- In 2011 tot 2015 was er een lichte daling van het percentage patiënten met een DBC van minder dan 800 minuten Voor het eerste halfjaar van 2014 zijn inmiddels wel betrouwbare gegevens beschikbaar. Ten opzichte van de vorige rapportage is sprake van een kleine verschuiving van 4,4 naar 4,7%. De verwachting vooraf was dat het percentage patiënten met een DBC <800 minuten zou afnemen met de invoering van de GB-GGZ, omdat een gedeelte van deze zorg gesubstitueerd kon worden naar de GB-GGZ. De resultaten tot nu toe zijn dan ook conform verwachting.

% patiënten met een DBC < 800 minuten bij betrokken aanbieders





__Definitie__: Van alle patiënten waarvoor in de verslagperiode een DBC is geopend, geeft deze indicator het percentage patiënten waarvoor een DBC is gesloten als diagnostiek DBC.

In de teller zijn alleen patiënten meegenomen die naast de diagnostiek DBC geen andere DBC's in de 2e lijn of gespecialiseerde GGZ hadden.

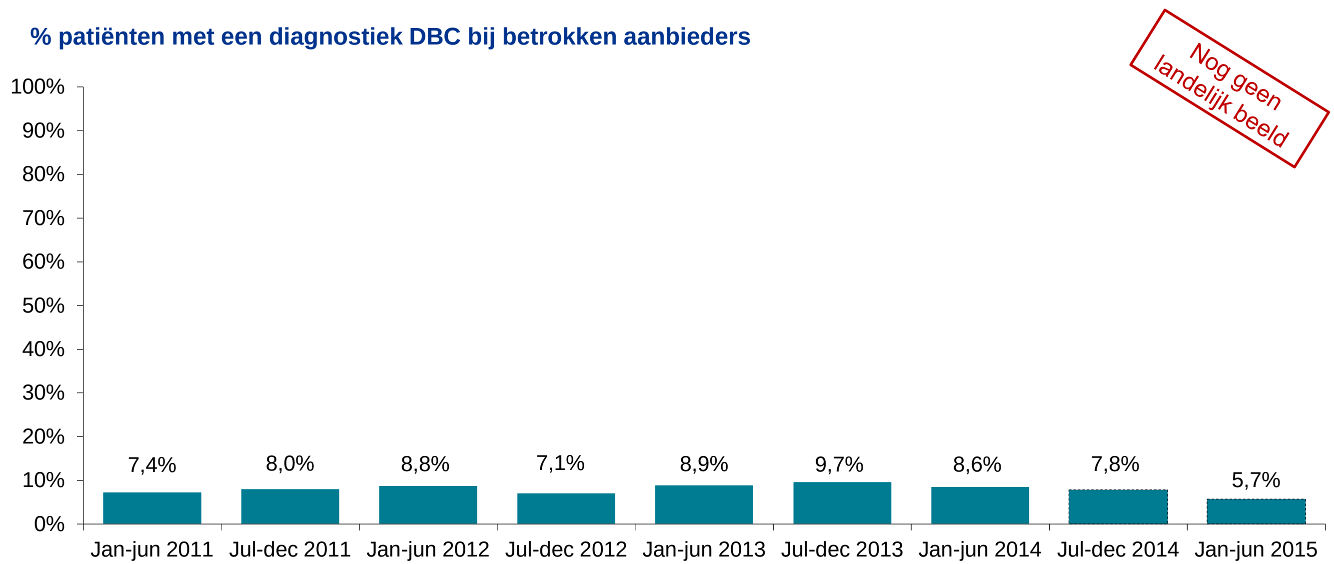
Toelichting stippellijn:

Bij deze indicator verwachten we nog verschuiving als meer DBC's gesloten zijn. Dit is aangegeven in de figuur door middel van een stippellijn.

3.4.3.2 Percentage patiënten met een diagnostiek DBC

- De figuur hieronder laat het percentage patiënten zien met een diagnostiek DBC. Het tweede halfjaar van 2014 en het eerste halfjaar van 2015 geven een onderschatting, omdat nog niet alle (diagnostiek) DBC's zijn afgesloten (respectievelijk 57% en 31%).
- Tussen 2011 en 2015 is er een fluctuatie in het percentage patiënten met een diagnostiek DBC.
- Het eerste halfjaar van 2014 was in de vorige rapportage nog niet volledig gesloten. Dat is nu wel het geval. Het percentage patiënten met een diagnostiek DBC in het tweede halfjaar van 2014 is ten opzichte van de vorige rapportage veranderd van 8,1% naar 8,6% nu. Hieruit kan afgeleid worden dat de inschatting toen redelijk betrouwbaar was. In een volgende rapportage kan een vollediger beeld geschetst worden van het tweede halfjaar van 2014 en het eerste halfjaar van 2015.
- Bij de interpretatie van onderstaande resultaten dient rekening gehouden te worden met de afspraken die in de onderhandeling tussen zorgaanbieders en verzekeraars worden gemaakt over het aantal diagnostiek DBC's dat aanbieders leveren. Dalingen en stijgingen in het percentage patiënten met een diagnostiek DBC kunnen dus mogelijk deels verklaard worden door afspraken met zorgverzekeraars (bijvoorbeeld niet meer dan 10% diagnostiek DBC's).

% patiënten met een diagnostiek DBC bij betrokken aanbieders



3.4.3.3 Relatief zwaardere patiënten en wachtlijsten

- In het kwalitatief onderzoek geven zorgaanbieders in de gespecialiseerde GGZ, aan dat de problematiek van patiënten die zij behandelen gemiddeld genomen zwaarder is dan van patiënten die zij voorheen behandelden. Dit zou verklaard kunnen worden door substitutie van lichtere patiënten naar de GB-GGZ.
- Een ander aandachtspunt in de gespecialiseerde GGZ zijn de wachtlijsten, met name bij persoonlijkheidsproblematiek en verslavingszorg. Bij de vrijgevestigden zijn minder wachttijden. In het onderzoek van de LHV geeft 40% van de huisartsen aan dat de wachttijd voor de gespecialiseerde GGZ langer dan 8 weken is. Uit hetzelfde onderzoek blijkt dat 57% van de respondenten weinig mogelijkheden voor verwijzing ervaart.*
- De NZa heeft tevens onderzoek gedaan naar de wachtlijsten binnen de gespecialiseerde GGZ**. Uit haar onderzoek blijkt dat in de gespecialiseerde GGZ in 64% van de gevallen de wachttijd tussen het eerste contact en de intake voldoet aan de TREEK-normen (maximaal 4 weken wachttijd); voor de GB-GGZ is dit 74%. De verschillen tussen beide bevindingen kunnen zijn ontstaan door een verschil in respondenten, maar ook omdat wachtlijsten voor verschillende specialismen binnen de echelons verschillen.

**Julinummer (2015) van het tijdschrift 'De Dokter': de resultaten van een enquête van de LHV. De enquête is uitgezet onder huisartsen en heeft betrekking op de ervaringen met de GGZ in het afgelopen jaar.*

*** Bron: NZa (2015), Onderzoek zorgplicht, Rapport inkoop en wachttijden GGZ*

KPMG
cutting through complexity™

PLEXUS

Bijlagen

1. Geformuleerde vragen door VWS
2. Overzicht indicatoren
3. Toelichting op kwantitatieve data
4. Regio afbakening
5. Achtergronden data analyse
6. Gebruikte coderingen
7. Onderzoek vrijgevestigde aanbieders
8. Gehanteerde afkortingen

Bijlage 1 – Geformuleerde vragen door VWS

Worden de beoogde doelen van invoering van de* stelselwijzing *GGZ behaald?

- Inzicht geven in de verschuiving patiënten- (behandel-) stromen per echelon.
- Inzicht geven in de uitgaven in de gehele keten van de GGZ; een overzicht geven van de macro-verschuivingen.
- Inzicht geven of er verandering is in medicatiegebruik (in gehele keten, inclusief huisarts).
- Inzicht geven of er gerichte verwijzingen zijn (patiënt op juiste plek, sneller terugverwijzen).

Vormgeving POH-GGZ en GB-GGZ

POH-GGZ

- Inzicht geven of de flexibilisering en functionalisering van de POH-GGZ voldoende mogelijkheden biedt om zelfmanagement te stimuleren, e-health toe te passen en evidence based preventie binnen de huisartsenpraktijk te beleggen.
- Inzicht geven in welk percentage van de huisartsenpraktijken een POH-GGZ in dienst hebben (loondienst, gedetacheerd via instelling of een andere arbeidsovereenkomst).
- Inzicht geven of de huisartsenpraktijk gebruik maakt van consultatie van een aanbieder van de GB-GGZ en/of gespecialiseerde GGZ. Wat voor invloed heeft dit op (het aantal) verwijzingen? Kan hierbij onderscheid worden gemaakt tussen het wel en niet aanwezig zijn van een ondersteuningsfunctie in de huisartsenpraktijk en het type ondersteuning? Hierbij een vergelijking maken tussen het aantal doorverwijzingen van huisartsen met een POH-GGZ in loondienst en een POH-GGZ met een detacheringsovereenkomst en bij laatstgenoemde onderscheid te maken in doorverwijzing naar de eigen instelling of een andere instelling. M.a.w: Wordt er meer verwezen naar de instelling waar de POH-er bij in dienst is?
- Inzicht geven of de patiënt actief betrokken wordt bij een verwijzing en of deze keuzevrijheid heeft naar welke aanbieder van de GB-GGZ en gespecialiseerde GGZ wordt verwezen. Hoe vaak komt het voor dat patiënt toch kiest voor dezelfde aanbieder(s) als waar de POH-er in dienst is?
- Inzicht geven of de huisarts of diens ondersteuner gebruik maakt van een screeningstool en het verwijsmodel. En hebben die tools effect op het verwijsgedrag?

Bijlage 1 – Geformuleerde vragen door VWS

GB-GGZ

- Inzicht geven of de objectieve criteria goed hanteerbaar zijn voor de aanbieder van de GB-GGZ, wordt het juiste product bepaald? Wordt het product vaak gewijzigd? Hoe vaak worden meerdere producten per patiënt geopend (zowel binnen GB-GGZ als ook DBC's in gespecialiseerde GGZ of achtereenvolgens tussen de echelons)?
- Inzicht geven of de vier producten in de GB-GGZ toereikend zijn om een adequate behandeling te geven (voor diverse patiëntengroepen, inclusief jeugd).
- Inzicht geven welke tarieven worden gehanteerd en hoe is de verdeling van het aantal producten tussen de verschillende aanbieders van GB-GGZ.
- Inzicht geven of gebruik wordt gemaakt van medisch specialistische consultatie. Leidt dit tot minder verwijzingen naar de gespecialiseerde GGZ?
- Inzicht geven of de producten GB-GGZ aansluiten bij de protocollen en richtlijnen die door het veld worden gehanteerd.
- Inzicht geven of de producten voldoende mogelijkheden bieden om e-health, consultatie van een medisch specialist en groepsbehandelingen toe te passen.
- Inzicht in welke aanbieders (onderscheid naar verschillende organisatievormen) welke producten declareren.

Overige vragen

- Inzicht geven in wat de patiënt merkt van invoering van de stelselwijzing GGZ. In hoeverre wordt de patiënt/ patiënt door de huisarts actief betrokken bij de beoordeling van de besluitvorming over de verwijzing.
- Inzicht geven of de invoering van de stelselwijzing GGZ bijdraagt aan kwaliteit van zorg in de keten van GGZ.
- Inzicht geven in het type (inkoop) afspraken die verzekeraars en aanbieders maken over de invoering van de stelselwijzing GGZ. Is er voor verzekeraars voldoende informatie om de inkoopfunctie goed te kunnen vormgeven?

Bijlage 2 – Overzicht indicatoren

Onderstaand en op de volgende pagina is een overzicht opgenomen van de indicatoren die voor deze rapportage geanalyseerd zijn.

Echelon	Indicator
Huisartsenzorg	% huisartsen met POH-GGZ
GB-GGZ	% producten GB-GGZ
	% patiënten met gewijzigd product GB-GGZ
	% patiënten in GB-GGZ afgesloten met afsluitreden patiënt te licht/te zwaar
	Gemiddeld # minuten per product GB-GGZ
S-GGZ	% patiënten met DBC < 800 minuten (zonder verblijf)
	% patiënten met diagnostiek DBC
Over echelons	# patiënten in zorg per echelon
	Totale behandelkosten per echelon
	# nieuwe patiënten in zorg per echelon
	gemiddelde behandelkosten per patiënt per echelon
	Totale medicatiekosten per echelon
	% patiënten met medicatie per echelon
	Medicatiekosten per patiënt per echelon

Bijlage 2 – Overzicht indicatoren

Echelon	Indicator
Huisartsenzorg	Totale kosten inschrijftarief POH-GGZ
	Percentage patiënten die zorg ontvangen in twee verschillende echelons 180 dagen na laatste POH consult
	Marktaandeel aanbieder in verwijzingen vanuit huisarts met POH-GGZ, die wel/niet is gedetacheerd vanuit die aanbieder*
GB-GGZ	Echelon(s) waarin patiënten GB-GGZ in voorgaande jaar zorg hebben ontvangen bij betrokken aanbieders
	Aanbieder van waaruit patiënten verwezen zijn naar GB-GGZ
	Percentage patiënten dat opnieuw zorg ontvangt binnen 365 dagen na sluiten GB-GGZ product
S-GGZ	Echelon(s) waarin patiënten S-GGZ in voorgaande jaar zorg hebben ontvangen bij betrokken aanbieders
	Aanbieder van waaruit patiënten verwezen zijn naar S-GGZ
	Percentage patiënten dat opnieuw zorg ontvangt binnen 365 dagen na sluiten S-GGZ product

* Deze indicator is geformuleerd naar aanleiding van de motie van Kuzu van 2 juli 2013. Op dit moment is het nog niet mogelijk om volledig invulling te geven aan de motie, omdat slechts beperkte data van verwijzingen beschikbaar is. Vanaf het moment dat landelijke validatie plaatsvindt (juni 2016) kan de vraag uit de motie beter beantwoord worden.

Bijlage 3 – Toelichting op kwantitatieve data

Bronnen kwantitatieve data

De kwantitatieve data zijn afkomstig van Vektis en van betrokken aanbieders. Vektis heeft data geleverd met betrekking tot:

- Patiëntgegevens algemeen (postcode, leeftijd, etc.)
- POH-GGZ
- EPZ (vóór 1 januari 2014)
- Farmacie

De betrokken aanbieders hebben data geleverd met betrekking tot:

- de 2e lijns GGZ (vóór 1 januari 2014)
- GB-GGZ (vanaf 1 januari 2014)
- Gespecialiseerde GGZ (vanaf 1 januari 2014).

Exclusiecriteria

De volgende declaraties zijn geëxcludeerd:

- Forensische zorg
- Ziekenhuiszorg
- Wmo zorg
- AWBZ zorg
- Wlz zorg
- Mensen zonder BSN(o.a. buitenlanders, illegalen)
- Verzekerden met zorg buiten de gedefinieerde regio's

Verslagperiode

Deze rapportage heeft betrekking op de jaren 2011 tot en met 2014 en het eerste halfjaar van 2015. De verslagperioden betrekken een halfjaar. Aangezien cijfers beschikbaar zijn vanaf 2011 en we een jaar terugkijken of een patiënt een product heeft openstaan (dus in behandeling is in een bepaald echelon), is het niet mogelijk om enkele indicatoren te bepalen voor 2011.

Bijlage 3 – Toelichting op kwantitatieve data

Leeftijdscategorieën

De figuren in deze rapportage omvatten zorg geleverd aan patiënten van 18 jaar en ouder. Per 1 januari 2015 is jeugd GGZ overgeheveld naar gemeenten. Deze zorg is voor Vektis niet meer inzichtelijk en daarover wordt dan ook niet gerapporteerd.

Aandachtspunten bij interpretatie data

Bij de interpretatie van de resultaten van het kwantitatieve onderzoek dient rekening gehouden te worden met onderstaande punten:

- De indicatoren gaan over verzekerden met een declaratie bij:
  - de POH-GGZ (2011 tot en met juni 2015)
  - EPZ (2011-2013)
  - 2e lijn (2011-2013)
  - GB-GGZ (incl. product Onvolledig behandeltraject) (2014 en januari tot en met juni 2015)
  - Gespecialiseerde GGZ (DBC's en geselecteerde OVP's) (2014 en januari tot en met juni 2015)
- In de analyses worden resultaten weergegeven van betrokken aanbieders. De resultaten geven dus geen volledig beeld van de regio's.
  - Voor zorg geleverd in de EPZ, 2e lijn, GB-GGZ en gespecialiseerde GGZ is uitgegaan van zorg geleverd door de betrokken zorgaanbieders. Dit betekent dat voor deze echelons niet alle zorg in de regio's in kaart is gebracht, maar alleen dat deel van de zorg dat geleverd is door deze betrokken aanbieders.
  - Uitzondering hierop is data met betrekking tot zorg geleverd door de POH-GGZ. Alle zorg geleverd door de POH-GGZ binnen de drie regio's is meegenomen.
- Voor het kwantitatieve deel van het onderzoek bestaat het echelon 'huisartsenzorg' alleen uit zorg geleverd door de POH-GGZ. Voor zorg geleverd door de huisarts is niet te onderscheiden of deze zorg GGZ-zorg was. Patiënten die alleen bij de huisarts komen voor hun psychische problematiek zijn dan ook niet meegenomen in de analyses.
- Data met betrekking tot EPZ zorg in 2011, 2012 en 2013 is geleverd door Vektis. Vektis heeft alleen beschikking tot data met betrekking tot verzekerde zorg (zowel basis als aanvullende verzekering). Onverzekerde zorg geleverd in de EPZ is niet meegenomen in de analyses. De analyses geven dus mogelijk een onderschatting van de totale zorg geleverd in de EPZ.

Bijlage 3 – Toelichting op kwantitatieve data

Bronnen

[1] Regeling declaratiebepalingen DBC GGZ

[2] Bron: NZa, REGELING NR/CU-524, Regeling Declaratiebepalingen DBC's in de curatieve GGZ

Aandachtspunten bij interpretatie data – vervolg

- De analyses met betrekking tot kosten zijn uitgevoerd op declaratiebedragen. Voor de verrekening van opbrengstverschillen in het lopende jaar tussen budget en opbrengsten van de DBC-tarieven (A-segment) gold tot 2012 een per zorgaanbieder (instelling) variërende procentuele opslag of aftrek (verrekenpercentage) op de DBC-tarieven[1]. Voor DBC's die vanaf 1 januari 2013 werden geopend, konden zorgaanbieders en zorgverzekeraars geen verrekenpercentage meer met elkaar overeenkomen[2]. Deze beleidswijziging heeft als gevolg dat de kosten in deze rapportage tussen 2011 en 2012 en de daaropvolgende jaren, niet geheel vergelijkbaar zijn.
- De openingsdatum van een product bepaalt aan welke verslagperiode het product wordt toegewezen. Gegevens over deze producten zijn bijgewerkt tot half augustus 2015 (# minuten, type product, etc.).

Bijlage 4 – Regio afbakening

***Definitie:** Voor de regio afbakening is marktaandeel gedefinieerd als het aantal patiënten dat zorg ontvangt bij de betrokken aanbieders ten opzichte van het totaal aantal patiënten met EPZ danwel 2e lijns GGZ zorg in het postcodegebied in het betreffende jaar.*

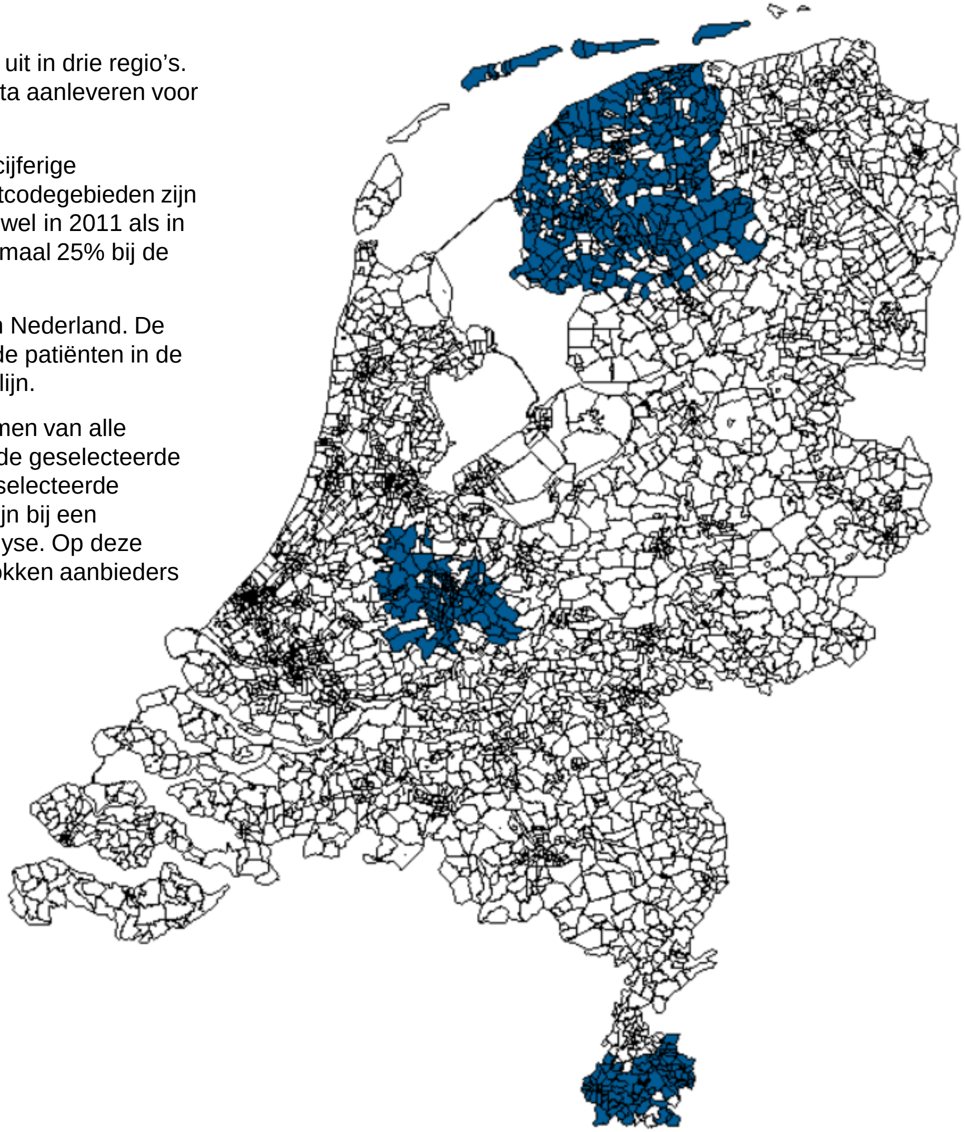
De monitor voert kwalitatief en kwantitatief onderzoek uit in drie regio's. In bijlage 6 staat welke aanbieders uit deze regio's data aanleveren voor de kwantitatieve analyses in deze monitor.

De regio's zijn afgebakend door een selectie van viercijferige postcodegebieden. De selectie is zodanig dat die postcodegebieden zijn geselecteerd waarbinnen de betrokken aanbieders zowel in 2011 als in 2012 een gezamenlijk marktaandeel hadden van minimaal 25% bij de populatie van 18 jaar en ouder.

De regio's omvatten 10,3% van het aantal inwoners in Nederland. De betrokken aanbieders bedienden in 2013 10,8% van de patiënten in de EPZ in de regio's en 49,5% van de patiënten in de 2^{e} lijn.

In de kwantitatieve analyses zijn gegevens meegenomen van alle patiënten (in zorg bij de betrokken aanbieders) die in de geselecteerde postcodegebieden wonen. Patiënten die niet in de geselecteerde postcodegebieden wonen, maar wel in behandeling zijn bij een betrokken aanbieder zijn niet meegenomen in de analyse. Op deze wijze viel in totaal 3,7% van de patiënten van de betrokken aanbieders af.

De landkaart hiernaast laat zien welk gebied op deze wijze geselecteerd is.



Bijlage 5 – Achtergronden data analyse

Toewijzing zwaarste echelon

Een patiënt met producten bij meerdere echelons telt mee bij het ‘zwaarste’ echelon waar hij in een verslagperiode een geopend product had. Dit betekent dat een patiënt in hetzelfde halfjaar ofwel eerst bij de EPZ/GB-GGZ zorg ontving en daarna in de 2^{e} lijn/gespecialiseerde GGZ of omgekeerd. Uitzondering op toewijzing aan het zwaarste echelon vormen:

- Indicatoren met betrekking tot kosten: kosten worden meegenomen in het echelon waarin ze worden gemaakt;
- Indicatoren specifiek voor producten in GB-GGZ of gespecialiseerde GGZ: hierbij worden alle producten bekeken en niet alleen de producten van patiënten voor wie het betreffende echelon het zwaarste echelon is.
- Indicatoren met betrekking tot patiëntstromen: hier wordt gekeken naar alle echelons waarin de patiënt zorg ontvangen heeft.

Door patiënten toe te wijzen aan het zwaarste echelon, is er een percentage patiënten dat wel zorg ontvangt bij POH-GGZ, EPZ of GB-GGZ, maar niet is meegenomen in de analyses. We hebben de percentages in beeld gebracht. Het percentage uitgesloten patiënten is vergelijkbaar voor de verschillende verslagperiode (in vergelijking met voorgaande rapportages). Voor de POH-GGZ geldt bovendien dat het percentage uitgesloten patiënten tussen de verschillende meetperioden vrijwel gelijk blijft; bij de GB-GGZ is een dalende trend zichtbaar. Het aantal patiënten dat zorg ontvangt binnen zowel de GB-GGZ als de gespecialiseerde GGZ neemt dus af.

Percentage patiënten niet meegenomen in betreffende echelon omdat zij in zwaarder echelon ook zorg ontvingen in de verslagperiode

Nog geen landelijk beeld

	Jan-jun 2012	Jul-dec 2012	Jan-jun 2013	Jul-dec 2013	Jan-jun 2014	Jul-dec 2014	Jan- jun 2015
POH-GGZ	12%	12%	11%	11%	11%	11%	11%
EPZ	18%	18%	51%	45%	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
GB-GGZ	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	29,8%	21,5%	19,4%

Percentage afgesloten producten

De resultaten van de indicatoren zijn bepaald op basis van data zoals deze half augustus beschikbaar waren. Op dat moment waren nog niet alle geopende producten reeds afgesloten (in POH-GGZ, 2e lijn, GB-GGZ en gespecialiseerde GGZ).

Voor de POH-GGZ data geldt voor heel 2014 dat 100% gedeclareerd is; voor het eerste halfjaar van 2015 is dit 91%.

Hieronder staat voor de 2e lijn, GB-GGZ en gespecialiseerde GGZ een overzicht van het percentage producten dat al wel gesloten was. OVP's zijn in deze berekening niet meegenomen, omdat OVP's geen producten zijn die open kunnen staan. Bij de indicatoren waar we nog verschuiving verwachten als meer producten gesloten zijn, is dit aangegeven in de figuren met stippellijntjes.

Nog geen landelijk beeld

	Jan-jun 2011	Jul-dec 2011	Jan-jun 2012	Jul-dec 2012	Jan-jun 2013	Jul-dec 2013	Jan-jun 2014	Jun-dec 2014	Jan- dec 2015
2e lijn	100%	100%	100%	100%	100%	100%	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
GB-GGZ	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	99%	73%	25%
Gespecialiseerde GGZ	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	100%	53%	33%

Bijlage 5 – Achtergronden data analyse

** 99,5% van de in het eerste halfjaar van 2014 geopende DBC's zijn gesloten*

Extrapolatie openstaande producten

Aanbieders hebben ook gegevens aangeleverd van producten die nog niet gesloten zijn. Voor deze producten is een inschatting gemaakt van de te verwachten kosten van het product, waarbij:

- Voor producten in de GB-GGZ is uitgegaan van het zorgproduct dat betrokken aanbieders hebben ingevuld. Indien dit niet gevuld was, is uitgegaan van het ingevulde verwachte zorgproduct.
- Voor de 2e lijns- en gespecialiseerde GGZ een inschatting is gemaakt van de productgroep en bijbehorende kosten op basis van diagnose, het aantal reeds geregistreerde behandelminuten, het aantal reeds geregistreerde verblijfsdagen en de tijd dat de DBC al openstaat. Voor verblijfsdagen gaan we uit van de gemiddelde kosten per verblijfsdag per diagnose in het jaar 2012 met een correctie voor inflatie. Voor behandelminuten wordt uitgegaan van de maximumtarieven van de NZa per productgroep per diagnose.

DBC onderhoud heeft aangegeven geen grove bezwaren te zien in deze methode. Een dergelijke extrapolatie is een globale inschatting. Kanttekeningen aan de methodiek zijn in ieder geval:

- De doorlooptijd is gebaseerd op gegevens uit 2012 (dus inclusief productie die vanaf 2014 in de GB-GGZ valt);
- Er is een overschatting van zorgproducten zonder diagnose, omdat de diagnose vaak pas later wordt gesteld (en de DBC hertypeerd wordt).

Elke volgende rapportage worden de meest recente gegevens door de betrokken aanbieders opnieuw aangeleverd en worden de cijfers steeds definitiever. De eerste ervaringen met de methodiek lijken positief. Door betrokken aanbieders was voor de vorige rapportage voor het eerste halfjaar van 2014 € 41 miljoen aan DBC's aangeleverd. Door middel van opschaling was dit geëxtrapoleerd naar € 102 miljoen. Voor de huidige rapportage is door betrokken aanbieders een nieuwe aanlevering gedaan voor het tweede halfjaar van 2013. Deze aanlevering is nu nagenoeg* compleet en betreft € 104 miljoen. In orde grootte sluit de extrapolatie daarom aan bij de verwachting. Zodra het product gesloten is, worden de daadwerkelijke kosten in de eerstvolgende rapportage meegenomen. Dit betekent dat op termijn een beter inzicht in de kwaliteit van deze extrapolatie verkregen wordt en dat de cijfers in volgende rapportages steeds betrouwbaarder zullen zijn.

Bij 0,18% van de aangeleverde producten (550 van de 310 duizend) zijn zowel behandelminuten, verblijfsdagen als kosten 0 aangeleverd. Deze producten zijn daarom niet meegenomen in de extrapolatie.

Afspraken met zorgverzekeraars (bijvoorbeeld met betrekking tot productieplafond) worden niet meegenomen in deze kostenbepaling.

Extrapolatie regio's naar landelijk niveau

De gegevens zoals in deze rapportage gepresenteerd zijn de cijfers zoals aangeleverd door de betrokken aanbieders. Idealiter vindt een extrapolatie plaats van deze aanbieders naar een beeld van de volledige regio's of zelfs naar het landelijk niveau. In de rapportage van juni 2016 worden de trends op regionaal niveau gevalideerd met landelijke data. Op dat moment zijn namelijk landelijke declaratiedata beschikbaar bij Vektis, zowel van instellingen als van vrijgevestigde aanbieders.

Bijlage 6 – Gebruikte coderingen
Betrokken aanbieders

* AZmn Indigo is per 1 mei 2015 gefuseerd met Indigo Centraal. Zij gaan sindsdien verder onder de naam Indigo Midden Nederland. In het onderzoek zijn alleen de data van AZmn Indigo meegenomen.

Betrokken aanbieders

Dit zijn de betrokken aanbieders met bijbehorende agb's:

AGB-code	Aanbieder	Regio
06290204	GGZ Friesland	Friesland
06290618	Altrecht	Utrecht en omstreken
22227262	AZmn Indigo	Utrecht en omstreken
06291104	Mondriaan	Zuid-Limburg
73733115	Lionarons	Zuid-Limburg
53530340	Lionarons (De Wijkpraktijk)	Zuid-Limburg
73733105	Virenze	Friesland Utrecht en omstreken Zuid-Limburg
79790174	Riagg Maastricht	Zuid-Limburg
17081749	Riagg Maastricht (Prima)	Zuid-Limburg
94056452	Riagg Maastricht (Prima)	Zuid-Limburg

Bijlage 6 – Gebruikte coderingen
Huisartsenzorg

Huisartsenzorg

De volgende ICPC-coderingen zijn gebruikt om patiënten met psychische problematiek bij de huisarts in kaart te brengen.

Psychische symptomen				Psychische stoornissen		Sociale problemen			
P01	Angstig/nerveus/ gespannen gevoel	P16	Acuut alcohol misbruik/intoxicatie	P70	Seniele dementie/Alzheimer	Z01	Armoede/financieel probleem	Z15	Verlies/overlijden van partner
P02	Crisis/voorbijgaande stressreactie	P17	Tabaksmisbruik	P71	Andere organische psychose(n)	Z02	Probleem met voedsel/water	Z16	Relatieprobleem met kind
P03	Down/depressief gevoel	P18	Geneesmiddelmisbruik	P72	Schizofrenie	Z03	Probleem huisvesting/buurt	Z18	Probleem met ziekte van kind
P04	Prikkelbaar/boos gevoel/gedrag	P19	Drugsmisbruik	P73	Affectieve psychose	Z04	Probleem met sociale/culturele achtergrond	Z19	Verlies/overlijden van kind
P05	Zich oud voelen/gedragen	P20	Geheugen-/concentratie-/oriëntatiestoornissen	P74	Angststoornis/angsttoestand	Z05	Probleem met werksituatie	Z20	Relatieprobleem met ouders/familie
P06	Slapeloosheid/andere slaapstoornis	P21	Overactief kind/hyperkinetisch syndroom	P75	Hysterie/hypochondrie	Z06	Probleem met werkloosheid	Z21	Probleem met gedrag van ouders/familie
P07	Libido verlies/vermindering	P22	Andere zorgen gedrag kind	P76	Depressie	Z07	Probleem met opleiding	Z22	Probleem met ziekte van ouders/familie
P08	Seksuele bevrediging verlies/vermindering	P23	Andere zorgen gedrag adolescent	P77	Suïcidepoging	Z08	Probleem met sociale verzekering/welzijnszorg	Z23	Verlies/overlijden van ouders/familie
P09	Bezorgdheid over seksuele voorkeur	P24	Specifiek leerprobleem	P78	Neurasthenie/surmenage	Z09	Probleem met justitie/politie	Z24	Relatieprobleem met vrienden
P10	Stamelen/stotteren/tics	P25	Levensfaseprobleem volwassene	P79	Andere neurose	Z10	Probleem toegankelijkheid/ beschikbaarheid gezondheidszorg	Z25	Probleem ten gevolge van geweld
P11	Eetprobleem(en) bij kind	P27	Angst voor psychische ziekte	P80	Persoonlijkheids-/karakterstoornis	Z11	Probleem met ziek zijn	Z27	Angst een sociaal probleem te hebben
P12	Enuresis [ex. U04]	P28	Functiebeperking/handicap psychische ziekte	P85	Mentale retardatie/intellectuele achterstand	Z12	Relatieprobleem met partner	Z28	Sociale functiebeperking/handicap
P13	Encopresis	P29	Andere psychische symptomen/klachten	P98	Andere/niet gespecificeerde psychose(n)	Z13	Probleem met gedrag van partner	Z29	Ander sociaal probleem
P15	Chronisch alcoholmisbruik			P99	Andere psychische stoornissen	Z14	Probleem met ziekte van partner		

Bijlage 6 – Gebruikte coderingen
POH-GGZ en EPZ

POH-GGZ

Voor de POH-GGZ zijn de volgende coderingen binnen de huisartsenzorg meegenomen. Deze codes zijn gebruikt voor twee doeleinden:

- Om te selecteren welke zorg als POH-GGZ zorg is geregistreerd
- Hoeveel huisartsen gebruik maken van een POH-GGZ (laatste drie codes)

Prestatiecode	Jaren waarin deze code gebruikt werd	omschrijving
12110	2008-2014	consult POH GGZ
12111	2008-2014	consult POH GGZ langer dan 20 minuten
12112	2008-2014	visite POH GGZ
12113	2008-2014	visite POH GGZ langer dan 20 minuten
12114	2008-2014	telefonisch consult POH GGZ
12115	2008-2009	herhalingsrecept POH GGZ (ongeacht het aantal receptregels)
12115	2013	e-mailconsult POH-GGZ
12116	2014	groepsconsult
11201	2008-2013	praktijkondersteuning GGZ (POH-GGZ)
11201	2014	Module praktijkondersteuning GGZ (POH-GGZ) per kwartaal
14789	2012-2013	Implementatie POH GGZ

EPZ

Voor de 1e lijns psychologische zorg (EPZ) zijn alle bestaande prestatiecodes binnen de EPZ meegenomen om de geleverde zorg in kaart te brengen.

Bijlage 6 – Gebruikte coderingen
GB-GGZ

Bron:

1. NZa: Regeling NR/CU-530

GB-GGZ

Binnen de GB-GGZ bestaan de volgende prestatiecodes die zijn gebruikt om de zorg binnen de GB-GGZ te definiëren:

Prestatiecode	Omschrijving
180001	GB-GGZ Kort (BK)
180002	GB-GGZ Middel (BM)
180003	GB-GGZ Intensief (BI)
180004	GB-GGZ Chronisch (BC)
180005	Onvolledig behandeltraject

Voor declaratie van het product onvolledig behandeltraject in de GB-GGZ gelden de volgende richtlijnen[1]:

- Indien blijkt dat er geen sprake is van een DSM stoornis, wordt de behandeling afgesloten en wordt een product Onvolledig behandeltraject in rekening gebracht.
- Indien voor een patiënt in 2013 een behandeling in het kader van 1e lijnspsychologische zorg (EPZ) is gestart en nog slechts voor maximaal twee consulten doorloopt in 2014 dan wordt het in 2013 uitgevoerde deel van de behandeling op 31 december 2013 beëindigd en conform de beleidsregel 1e lijnspsychologische zorg in rekening gebracht. Voor het afrondende deel in 2014 wordt een product Onvolledig behandeltraject in rekening gebracht.

Om beide typen zorg in beeld te brengen, wordt het product onvolledig behandeltraject in het onderzoek meegenomen als een product binnen de GB-GGZ.

Om de reden van sluiting in kaart te brengen, zijn daarnaast de volgende codes binnen de GB-GGZ gebruikt:

Reden sluiten code	Omschrijving
12	Patiëntprofiel patiënt voldoet niet aan patiëntprofiel GB-GGZ (geen DSM-stoornis)
13	Patiëntprofiel te zwaar voor patiëntprofiel GB-GGZ

2e lijn en gespecialiseerde GGZ

Voor de 2e lijn en gespecialiseerde GGZ zijn alle DBC's meegenomen uit de codelijst van DBC onderhoud. Daarnaast hebben we ook de volgende OVP's meegenomen. De laatste is alleen meegenomen voor één aanbieder, omdat via deze OVP in het jaar 2013 producten zijn gedeclareerd die in 2014 in de GB-GGZ zouden vallen.

Declaratiecode	Omschrijving
194073	OVP niet-basispakketzorg consult
194074	OVP niet-basispakketzorg verblijf
194028	Individuele preventie bij hoog risico groepen per uur

Medicatie

Als GGZ-medicatie zijn de volgende medicijnen meegenomen.

ATC_code	Omschrijving	ATC_code	Omschrijving	ATC_code	Omschrijving	ATC_code	Omschrijving
N05AA01	CHLOORPROMAZINE	N05AH03	OLANZAPINE	N05BE01	Buspirone	N06AX11	MIRTAZAPINE
N05AA02	LEVOMEPROMAZINE	N05AH04	QUETIAPINE	N06AA01	DESIPRAMINE	N06AX12	BUPROPION
N05AA03	PROMAZINE	N05AL01	SULPIRIDE	N06AA02	IMIPRAMINE	N06AX16	VENLAFAXINE
N05AB02	FLUFENAZINE	N05AN01	LITHIUM	N06AA04	CLOMIPRAMINE	N06AX21	DULOXETINE
N05AB03	PERFENAZINE	N05AX08	RISPERIDON	N06AA09	AMITRIPTYLINE	N06AX22	AGOMELATINE
N05AB04	PROCHLOORPERAZINE	N05AX12	ARIPIPRAZOL	N06AA10	NORTRIPTYLINE	N06BA04	METHYLFENIDAAT
N05AC01	PERICIAZINE	N05AX13	PALIPERIDON	N06AA12	DOXEPINE	N06BA09	ATOMOXETINE
N05AC02	THIORIDAZINE	N05BA01	Diazepam	N06AA16	DOSULEPINE	N06DA03	RIVASTIGMINE
N05AD01	HALOPERIDOL	N05BA02	Chlordiazepoxide	N06AA21	MAPROTILINE	N06DA04	GALANTAMINE
N05AD05	PIPAMPERON	N05BA04	Oxazepam	N06AB03	FLUOXETINE	N06DX01	MEMANTINE
N05AD06	BROOMPERIDOL	N05BA05	Potassium clorazepate	N06AB04	CITALOPRAM	N07BA02	BUPROPION
N05AD07	BENPERIDOL	N05BA06	Lorazepam	N06AB05	PAROXETINE	N07BB01	DISULFIRAM
N05AE03	SERTINDOL	N05BA08	Bromazepam	N06AB06	SERTRALINE	N07BB03	ACAMPROSAAT
N05AF01	FLUPENTIXOL	N05BA09	Clobazam	N06AB08	FLUVOXAMINE	N07BB04	NALTREXON
N05AF03	CHLOORPROTIXEEN	N05BA10	Ketazolam	N06AB10	ESCITALOPRAM	N07BC01	BUPRENORFINE
N05AF05	ZUCLOPENTIXOL	N05BA11	Prazepam	N06AF03	FENELZINE	N07BC02	METHADON
N05AG01	FLUSPIRILEEN	N05BA12	Alprazolam	N06AF04	TRANYLCYPROMINE	N07BC51	BUPRENORFINE, COMBINATIEPREPARATEN
N05AG02	PIMOZIDE	N05BA17	Fludiazepam	N06AG02	MOCLOBEMIDE	N06BA02	Dexamfetamine
N05AG03	PENFLURIDOL	N05BA56	Lorazepam, combinations	N06AX03	MIANSERINE		
N05AH02	CLOZAPINE	N05BB01	Hydroxyzine	N06AX05	TRAZODON		

Bijlage 7 – Deelnemers kwalitatief onderzoek

Kwalitatief onderzoek biedt een verdere diepgang bij de kwantitatieve indicatoren en de mogelijkheid voor het schetsen van een context. Bij kwalitatief onderzoek is het niet mogelijk om alle betrokkenen in de drie regio's (of een statistische steekproef daaruit) te spreken. In totaal hebben we 44 personen gesproken, afgevaardigden van de diverse partijen in het GGZ-veld. Deze rapportage beschrijft de rode draad uit de drie focusgroepen en de serie interviews.

In onderstaand overzicht is per categorie het aantal unieke personen weergegeven dat heeft deelgenomen aan het kwalitatief onderzoek tot nu toe. De lijst bevat personen die in september 2015 hebben deelgenomen aan één van de drie focusgroepen of aan één van de (telefonische) interviews. Deze personen zijn éénmaal meegeteld in onderstaand overzicht. De input van al deze personen in verwerkt in de huidige rapportage. Tot slot zijn diepte-interviews gehouden met vijf zorgverzekeraars.

Categorie deelnemer	Aantal deelnemers
Huisarts	3
POH-GGZ	5
Zorgaanbieders instelling	10
Zorgaanbieders vrijgevestigd	11
Patiënten	10
Zorgverzekeraars	5
Totaal	**44**

Bijlage 8 – Thema’s kwalitatief onderzoek

Behandelde thema’s

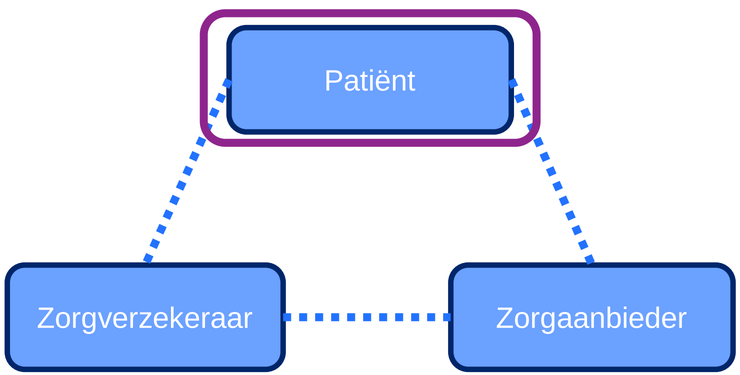
Verwijsstromen



Werkzaamheid GB-GGZ



Kwaliteit voor de patiënt



Afspraken met zorgverzekeraars



Bijlage 8 – Thema's kwalitatief onderzoek
Behandelde vragen

Verwijsstromen

- Hoe verloopt verwijzing vanuit de huisarts?
- Hoe verloopt doorverwijzing naar een ander echelon?
- In hoeverre worden screenings- en verwijsinstrumenten ingezet?
- In welke mate wordt gerichter verwezen sinds de introductie van de GB-GGZ?
- In hoeverre wordt gebruik gemaakt van consultatie in de huisartsenpraktijk en in de GB-GGZ? En welke effecten heeft dit?
- Hoe verschuiven patiëntenstromen sinds de introductie van de GB-GGZ? En welke gevolgen heeft dit?
- Hoe verandert de groep patiënten die in een echelon behandeld wordt? Specifiek groep chronisch
- Zijn de regels rondom doorverwijzing voldoende duidelijk voor alle betrokken partijen?

Werkzaamheid GB-GGZ

- Hoe wordt bepaald welk product passend is voor een patiënt?
- Zijn de vier producten binnen de GB-GGZ toereikend om adequaat te behandelen?
- Sluiten de producten in de GB-GGZ aan bij protocollen en richtlijnen uit het veld?
- Bieden de vier producten voldoende mogelijkheden voor EMH, consultatie en groepsbehandeling?
- Hoe vaak worden producten gewijzigd tijdens de behandeling?
- In hoeverre worden meerdere producten na elkaar geopend voor een patiënt?
- In hoeverre bestaat in de huisartsenpraktijk ruimte voor evidence-based preventie?
- Is de rol van de POH-GGZ in het stelsel toereikend?
- Welke verschillen bestaan er tussen instellingen en vrijgevestigde behandelaren wat betreft werkzaamheid van het stelsel?

Kwaliteit voor de patiënt

- Wat merken patiënten van de invoering van de GB-GGZ?
- In hoeverre draagt de invoering van de GB-GGZ bij aan kwaliteit van zorg voor de patiënt?
- Wordt de patiënt voldoende betrokken bij verwijzing?
- Heeft de patiënt in het nieuwe stelsel voldoende keuzevrijheid, bijvoorbeeld voor de aanbieder naar wie hij verwezen wordt?
- Wordt vaker verwezen naar een instelling waar de POH-GGZ in dienst is?
- Is medicatiegebruik veranderd door de introductie van de GB-GGZ?
- Wat is het effect van de introductie van de GB-GGZ op wachttijden?
- Wat is de ervaring van patiënten met EMH? Zien patiënten toekomst in EMH?

Afspraken met zorgverzekeraars

- Welke afspraken voor zorginkoop zijn gemaakt tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars? En hoe worden deze afspraken ervaren door zorgaanbieders en zorgverzekeraars?
- Hoe verschillen zorginkoop afspraken tussen 2015 en 2016?
- Welke eisen stellen zorgverzekeraars? En hoe gaan zorgaanbieders om met deze eisen?
- Welke verschillen bestaan er tussen instellingen en vrijgevestigde behandelaren wat betreft eisen van zorgverzekeraars?
- Welke knelpunten ervaren zorgaanbieders en zorgverzekeraars in zorginkoop?
- Zijn de ervaringen met zorginkoop voor vrijgevestigden en zorginstellingen vergelijkbaar?

Bijlage 9 – Gehanteerde afkortingen

Afkorting	Volledige omschrijving
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
DBC	Diagnose Behandeling Combinatie
DSM	Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders
EMH	E-mental health
EPZ	Eerstelijns Psychologische Zorg
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GB-GGZ	Generalistische Basis GGZ
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
LVVP	Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten
POH	Praktijk Ondersteuner Huisarts
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wlz	Wet langdurige zorg
Zvw	Zorgverzekeringswet

Bijlage 10- Clustering AGB-codes

Eerste 2 posities ABG code	Clustering	Eerste 2 posities ABG code	Clustering	Eerste 2 posities ABG code	Clustering
01	Huisarts	45	Instelling	14	Overige zorgverleners
03	Medisch specialisten	47	Instelling	17	Overige zorgverleners
94	Medisch specialisten	51	Instelling	57	Overige zorgverleners
95	Medisch specialisten	53	Instelling	84	Overige zorgverleners
06	Instelling	54	Instelling	90	Overige zorgverleners
19	Instelling	60	Instelling	96	Overige zorgverleners
20	Instelling	73	Instelling	98	Overige zorgverleners
22	Instelling	79	Instelling	21	Overige zorgverleners
23	Instelling	91	Instelling	29	Overige zorgverleners
30	Instelling	02	Overige zorgverleners	38	Overige zorgverleners
32	Instelling	04	Overige zorgverleners	39	Overige zorgverleners
37	Instelling	08	Overige zorgverleners	00	Onbekend
40	Instelling	09	Overige zorgverleners	10	Onbekend
42	Instelling	13	Overige zorgverleners	99	Onbekend

KPMG

cutting through complexity™

PLEXUS